

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 144

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur L. BÉRARD

Résultats immédiats et éloignés
des interventions
pour
ulcères gastro-duodénaux perforés

(D'après les malades du service de garde de l'Hôtel-de-Dieu de Lyon)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et sou'ennee publiquement le 7 Février 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean DE MOURGUES

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 3 Avril 1904, à LE PUY (Haute-Loire)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS
DES INTERVENTIONS
POUR ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 144

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur L. BÉRARD

Résultats immédiats et éloignés
des interventions
pour
ulcères gastro-duodénaux perforés

(D'après les malades du service de garde de l'Hôtel-de-Dieu de Lyon)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Février 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean DE MOURGUES

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 3 Avril 1904, à LE PUY (Haute-Loire)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé.
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUANT
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERA...
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	FATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etième MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, président : PATEL, assesseur,
SANTY et GUILLEMINET

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

GEORGES DE MOURGUES

*tué à l'ennemi le 20 septembre 1914
à Fontenoy (Aisne)*

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BERARD

Professeur de Clinique chirurgicale
Commandeur de la Légion d'Honneur

Il a été notre Maître.

A toutes les étapes de notre vie hospitalière, nous avons pu profiter de sa grande expérience clinique et de sa maîtrise opératoire. Nous lui devons une grande part de notre formation chirurgicale.

Nous ne saurions, en ces quelques lignes, le remercier de l'intérêt agissant qu'il nous a maintes fois témoigné, dans notre vie médicale et ailleurs.

Qu'il veuille bien considérer l'hommage de cette thèse comme un témoignage de nos respectueux sentiments en même temps que de notre sincère et entier dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LEPINE,

Doyen de la Faculté

Officier de la Légion d'honneur

Il nous a maintes fois donné des preuves de l'intérêt et de l'affection qu'il nous porte. Nous sommes heureux de trouver chez lui un appui moral et les conseils de sa haute autorité.

Qu'il veuille bien trouver ici, en même temps que le témoignage de nos affectueux sentiments, l'expression de notre très sincère attachement.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Nous avons pu, durant une année d'Internat passée auprès de lui, profiter de son enseignement clair et précis, et admirer son élégance opératoire.

Il nous a, depuis déjà de longues années, témoigné un intérêt toujours bienveillant, et nous a souvent guidé de ses conseils.

Qu'il veuille bien croire à toute notre reconnaissance et à notre respectueux attachement.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Chirurgien des Hôpitaux

Nous garderons toujours le meilleur souvenir du semestre d'Internat passé chez ce Maître bienveillant, dont la maîtrise opératoire et l'égalité d'humeur, malgré un labeur écrasant, ont fait notre admiration.

Nous le remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre Jury de Thèse et l'assurons ici de nos respectueux sentiments et de notre entier dévouement.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMINET
Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons, depuis bien longtemps, pu apprécier, à côté de ses brillantes qualités chirurgicales, sa courtoisie et son amabilité. Cette fois encore, il nous fait l'honneur de bien vouloir juger ce modeste travail.

Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements ainsi que de nos sentiments affectueux et dévoués.

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR A. VACHEY,
Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon
Chirurgien de l'Hôpital de Chalon-sur-Saône

Il fut notre premier guide dans la vie médicale. Nous avons vécu la plus grande partie de notre carrière d'étudiant en communauté complète d'idées avec lui. Depuis, grâce à la confiance qu'il nous a témoignée à Chalon, nous avons pu parfaire notre pratique chirurgicale.

En témoignage d'affection.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BARD (*in memoriam*) ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD.

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND ;
MONSIEUR LE DOCTEUR L.-M. BONNET ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD ;
MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC.

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOURT ;
MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL (2 semestres) ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY.

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS POUR ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS

INTRODUCTION

Tout a été dit sur la chirurgie gastrique. Rechercher une région inexplorée de cet organe serait une œuvre vaine. La chirurgie de l'ulcère perforé a été également très étudiée ces dernières années ; les nombreuses publications qu'elle a suscitées, et les discussions à son sujet dans les Sociétés de Chirurgie, en font foi. Peut-être même ces discussions sont-elles trop nombreuses et indiquent-elles que l'unanimité n'est pas faite sur ce sujet. Les publications de statistiques des résultats du traitement sont également très nombreuses.

Aussi n'est-ce pas pour faire une œuvre originale que nous avons entrepris cette étude. A cet immense travail nous voulons, très modestement, ajouter notre contribution.

Nous apportons ici les résultats de 194 observations d'ulcère perforé opérés au Service d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lyon, de 1920 à 1933. Ces cas ont été opérés par tous les chirurgiens de garde qui se sont échelonnés sur ce laps de temps. Les interventions ne relèvent pas d'une même technique. Elles présentent

une diversité qui peut paraître fausser les résultats, mais qui, à notre avis, les rend plus égaux en permettant de les comparer. Car si des détails de techniques peuvent varier suivant les préférences individuelles, elles relèvent cependant d'un même esprit ; elles traduisent la formation d'une Ecole ; elles permettent, pensons-nous, d'établir une statistique homogène.

D'ailleurs, c'est le seul moyen d'établir des résultats d'ensemble suffisamment nombreux ; un chirurgien ayant rarement l'occasion d'opérer seul autant de cas.

Ce travail, loin d'être parfait, aura le mérite d'être sincère. Nous avons exactement recherché tous les cas opérés, nous avons noté strictement tous les décès, toutes les complications post-opératoires et tardives, sans souci des amours-propres personnels. Nous avons résumé, aussi complètement que nous l'avons pu, toute l'activité chirurgicale du Service de Porte, dans ce domaine, pendant une période de 12 ans.

Les travaux antérieurs sur ce sujet sont souvent basés sur un délai trop court. La période de 12 ans que nous avons envisagée permet de juger les résultats dans leur ensemble, et d'apprécier des guérisons que l'on avait jugé, peut-être hâtivement, définitives. Elle permet le recul nécessaire.

Aussi bien, il est bon, de temps à autre, de se retourner pour juger l'œuvre accomplie. Un regard en arrière n'est jamais superflu. Peut-être cette enquête, en faisant ressortir des résultats précis et vrais, pourra

contribuer à mettre au point de nouveaux détails opératoires.

Si, en apportant aux différents chirurgiens, des résultats éloignés de leurs opérés, nous avons pu leur rendre quelque service, et mettre en lumière quelques points obscurs, ce sera pour nous la meilleure récompense.

Avant d'aborder notre sujet, nous voulons ici remercier tous ceux qui ont bien voulu nous aider, soit par leurs conseils, soit en nous communiquant leurs observations et nous ont permis ainsi de mener à bien cette tâche.

Nos remerciements iront d'abord à tous les chefs de service de l'Hôtel-Dieu, qui ont obligeamment mis à notre disposition les registres de leurs services, dans lesquels nous avons pu trouver les suites opératoires de nos malades : MM. les Professeurs TIXIER, BÉRARD et PATEL, et Messieurs LAROYENNE, ALAMARTINE, COTTE, TAVERNIER, DELORE.

Ce sont ensuite les chirurgiens de garde, à qui nous tenons spécialement à exprimer notre gratitude, car non seulement ils nous ont aimablement transmis tous leurs documents mais encore, aux cours de conversations toujours amicales, ils nous ont exposé leurs idées et soumis des hypothèses intéressantes. Ils ont grandement facilité notre tâche et nous leur en sommes très reconnaissant.

Le Docteur GARIN, médecin des Hôpitaux, et notre ami le D^r BERNAY ont bien voulu se charger d'exécuter les radioscopies et les clichés gastro-photographiques. Ils nous ont encore interprété ces clichés avec

une très grande complaisance. Nous sommes heureux de pouvoir ici leur en dire merci.

Enfin si cet ouvrage a quelque mérite, c'est à notre ami le Docteur Jean CREYSSEL qu'il le devra. Dès les premières années de notre vie d'étudiant, nous avons été séduit par son élégance intellectuelle, par son abord aimable et nous lui avons voué toute notre amitié. Il a bien voulu, en échange, nous accorder la sienne. Très souvent, au cours de nos années d'études, nous avons eu recours à lui et il nous a donné des témoignages agissants de cette amitié. Aussi est-ce tout naturellement à lui que nous nous sommes adressé lorsqu'il s'est agi de préparer notre thèse. Il nous en a fourni le sujet et, au cours de notre rédaction, il ne nous a ménagé ni ses conseils, ni les ressources de ses grandes connaissances chirurgicales, ni sa bonne volonté, ni son temps, tous également précieux.

Qu'il en reçoive ici nos remerciements sincères et qu'il soit assuré de notre reconnaissance et d'une amitié qui ne se démentira pas.

CHAPITRE PREMIER

Rappel des conditions étiologiques et anatomo-cliniques dans lesquelles se présentent les ulcères perforés

A. — Données étiologiques

Il nous paraît utile, avant d'entrer dans l'étude des résultats proches et éloignés obtenus par l'analyse de notre statistique, de rappeler, de façon très brève, quelques notions essentielles sur les conditions étiologiques et anatomo-cliniques des perforations des ulcères duodéno-gastriques, afin de rechercher si les faits que nous avons recueillis concordent à ce point de vue avec les données classiquement admises. Cette étude sera systématiquement très brève et systématiquement incomplète : notre but n'est nullement de reprendre ici l'étude générale des perforations gastro-duodénales par ulcère, mais seulement d'en noter, à l'occasion de nos observations, quelques particularités.

1) *Fréquence générale*

Il y a impossibilité, dans l'état actuel des choses, de dire si la perforation est une complication fréquente, par rapport au nombre total des ulcères gastro-duodénaux.

Les malades porteurs d'ulcères sont soignés dans les services de médecine tandis que la perforation est vue par les chirurgiens. Il y a de nombreux malades ulcéreux qui meurent de perforation sans qu'elle ait été diagnostiquée. Les autopsies ne sont pas faites systématiquement. Enfin, de nombreux malades, porteurs d'ulcère, passent inaperçus, ainsi que le prouvent certaines statistiques d'autopsies. De tout ceci il résulte que nous ne pouvons donner aucune idée de cette fréquence, même approximativement.

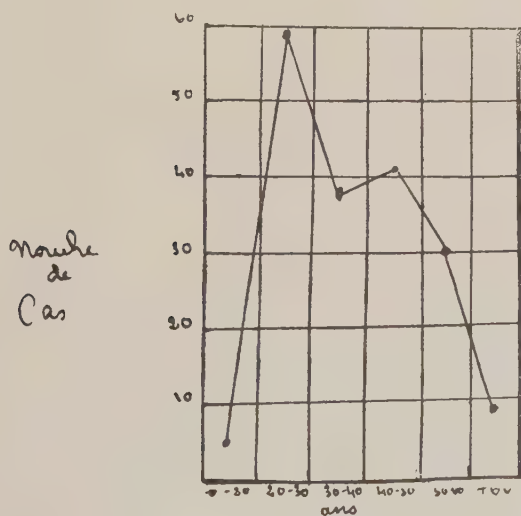
2) *Fréquence d'après le sexe*

La perforation des ulcères gastriques est une complication beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Nous n'avons trouvé, dans nos observations, que 4 cas chez la femme, sur un total de 194 cas. Cette proportion minime est d'ailleurs en accord avec la majorité des statistiques antérieures. Quant à la question de la rareté encore plus grande des ulcères duodénaux vrais perforés chez la femme, rareté qui a été signalée par MONDOR et LAURET, nous ne l'avons pas constatée.

3) *Fréquence d'après l'âge*

Le maximum de fréquence de la perforation s'observe entre 20 et 30 ans, en somme, à l'âge moyen de la vie. Voici un tableau schématisant l'âge des malades de nos observations :

Au dessous de 20 ans.....	5 cas, soit :	2,77 %
Entre 20 et 30 ans	59 cas, »	32,59 %
Entre 30 et 40 ans	37 cas, »	20,44 %
Entre 40 et 50 ans	41 cas, »	22,65 %
Entre 50 et 60 ans	30 cas, »	16,65 %
Au-dessus de 60 ans	9 cas, »	4,97 %



Fréquence de la perforation gastrique suivant l'âge

Mais la perforation peut survenir à tous les âges de la vie, et on ne doit pas éliminer ce diagnostic, même chez le vieillard ou le tout jeune enfant. On a signalé dans la littérature des perforations chez des nourrissons de quelques mois, ou même de quelques jours, et chez des vieillards de 80 et même 85 ans. Cela prouve que ce ne sont pas uniquement les ulcères jeunes, récents, aigus qui se perforent, mais que les ulcères peuvent se perforer à tous leurs stades. Ceci est en accord avec ce que l'on sait de l'évolution de cette maladie essentiellement tenace, récidivante, évoluant par poussées successives, la perforation pouvant se produire à l'une quelconque de ces poussées évolutives.

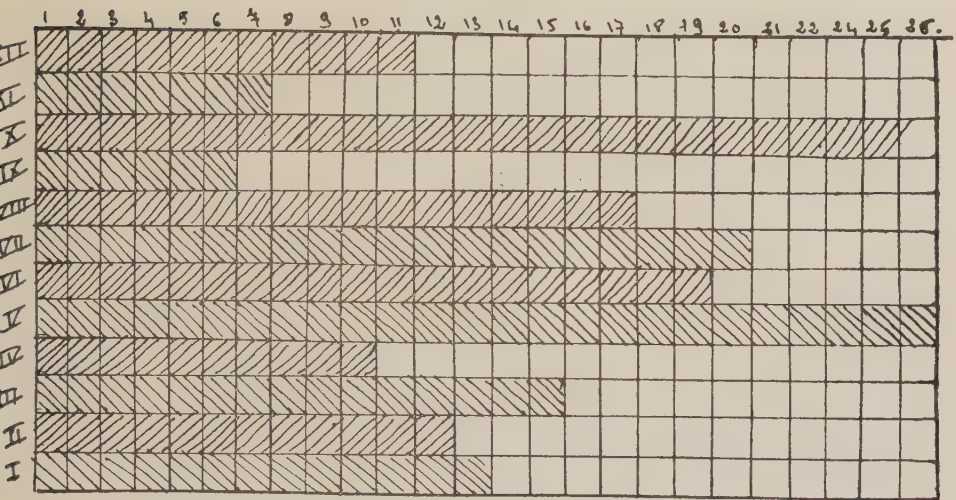
4) *Fréquence d'après le siège*

Nous verrons au chapitre d'anatomie pathologique les différents sièges possibles de ces perforations. Signalons seulement ici que le maximum siège au niveau de la zone pylorique.

5) *Influence des saisons, du climat et répartition suivant les années*

Nous avons constaté que le maximum de fréquence de la perforation se voit en mai et en octobre. Il semble donc bien qu'il y ait une recrudescence à chaque changement de saison. Peut-être s'agit-il du chan-

gement de régime et d'alimentation. Peut-être mieux, ce fait est-il à rapprocher de la recrudescence à cette même période des poussées infectieuses grippales, d'une part, des infections digestives accidentelles, d'autre part : n'en est-il pas de même, en effet, pour la courbe de fréquence des appendicites aiguës.



Fréquence des perforations d'ulcères duodeno-gastriques
d'après leurs répartitions suivant les mois

L'influence du climat paraît également réelle. D'une façon générale, on sait qu'il y a beaucoup plus d'ulcères de l'estomac et de perforations dans l'Europe Centrale, et dans l'Est de l'Europe, que dans les régions tropicales et sub-tropicales. Pour cet ordre de faits, il y a peut-être lieu de tenir compte, à côté du

climat, du facteur race, qui joue certainement un rôle (fréquence chez les Anglo-Saxons). Mais, cependant, nous avons vu que la fréquence des perforations gastriques paraît beaucoup moins grande dans les pays méridionaux de la France (Marseille et Montpellier), qu'à Lyon ou à Paris.

D'après l'étude du nombre des cas par année, on voit que le maximum des cas s'est trouvé en 1925. Peut-être, comme les auteurs allemands y insistent particulièrement, faut-il voir là une répercussion de la mauvaise alimentation pendant la guerre, et de l'abus du tabac et de l'alcool.

6) *Les antécédents*

Sur 105 observations où étaient notés les antécédents des malades :

61 avaient des antécédents gastriques anciens et nets (58,09 %) ;

18, soit 17,23 %, avaient souffert de l'estomac depuis quelques jours seulement ;

26, soit 24,76 %, étaient indemnes de tout passé gastrique.

Dans la majorité des cas, les malades ont donc des antécédents gastriques plus ou moins nets, mais qu'il faut ^{mal} savoir rechercher avec attention dans tous les cas.

7) *Causes occasionnelles*

Nous les avons trouvées rarement signalées. Elles ne semblent jouer qu'un rôle tout à fait secondaire. Encore bien souvent le malade est-il enclin à donner trop d'importance à un simple traumatisme, et à prendre l'effet pour la cause. Cependant, il faut signaler quelques cas où la perforation a été manifestement provoquée par l'effort (le fait de soulever un poids, traumatisme sur la paroi abdominale, quintes de toux, éternuements).

Signalons encore un cas, cité par M. PATEL, de perforation secondaire à l'ingestion de bouillie barytée, et un autre survenant au cours d'un lavage d'estomac, dans un service de médecine.

Il faut enfin signaler l'heure, l'abondance du dernier repas : c'est de 1 à 3 heures après l'ingestion alimentaire que la perforation s'est le plus souvent produite.

B. — Données anatomo-pathologiques

Nous voulons, très brièvement, rappeler les principales données anatomo-cliniques concernant les perforations d'ulcère gastro-duodénal. Il n'entre pas dans nos intentions de faire une étude complète de la question, qui a été maintes fois traitée, et qui se trouve dans tous les manuels classiques. Nous note-

rons simplement quelques particularités que nous avons relevées dans nos observations, et les données nécessaires à la compréhension du mécanisme des suites, et de certaines complications post-opératoires.

1) *La perforation*

a) LE SIÈGE : Sur 194 observations, nous avons relevé 158 fois l'indication anatomique précise du siège de la perforation. Cependant l'interprétation a été quelquefois difficile, car dans les cas où l'ulcère siège aux environs du pylore, il est malaisé de déterminer le siège gastrique ou duodénal de l'ulcère. Aussi, en tenant compte des indications les plus fréquentes, nous les avons divisés en ulcères *duodénaux*, en ulcères *pyloriques* et en ulcères de la *petite courbure*.

Sur 158 cas : 55 étaient des ulcères duodénaux ; 59 étaient des ulcères pyloriques ; 46 étaient des ulcères de la petite courbure.

En envisageant en même temps le groupe des ulcères pyloriques et duodénaux, nous constatons une assez forte proportion de perforations siégeant sur la petite courbure proprement dite. Malgré tout, il existe une prédominance très nette pour la région pylorique.

Presque toutes les perforations de l'estomac et du duodénum sont *antérieures*. Nous n'avons trouvé que deux cas où la perforation siégeait sur la face postérieure de l'estomac. L'examen de la face antérieure de l'estomac ayant été négatif, il fut pratiqué, dans les deux cas, un décollement colo-épiploïque qui per-

mit de découvrir et de suturer la perforation. Ceci est une constatation d'une grosse importance pratique, qui vient confirmer toutes les statistiques antérieures. L'explication de ce fait paraît bien être la vulnérabilité plus grande de la paroi antérieure au traumatisme, sa plus grande mobilité, sa tendance moindre à contracter des adhérences.

Nous avons 5 cas de perforation du cardia, et pas un seul cas de perforation de la grande courbure. Certaines statistiques, au contraire, signalent cette dernière localisation comme assez fréquente. Tel est le cas de F. et G. Gross, qui relèvent 16 perforations de la grande courbure pour 122 cas situés sur la petite courbure, dans leur travail de 1904.

Du côté duodénal : deux cas siégeaient sur la 2^e portion. Nous avons encore deux cas de perforation siégeant sur la bouche d'anastomose gastro-jéjunale.

La question des ulcères multiples a été très étudiée, ainsi que celle des perforations multiples, qui nous intéresse plus spécialement. PETREN en avait trouvé dans 27 % des cas ; BRENTANO, 33 % ; PRADEN, 25 % ; STEICHELE n'en a pas vu un seul cas sur 53 malades. Nous n'en avons, nous-même, pas relevé un cas sur nos 194 observations.

b) LE CALIBRE : Il est très variable, allant de l'orifice punctiforme, difficile à déceler, jusqu'à la grosse perte de substance de la dimension d'une pièce de 2 francs, et même d'une paume de main. Enfin, il existe des cas où l'on ne trouve pas la perforation, même à une inspection attentive. On peut alors pra-

tiquer la manœuvre suivante : presser très fortement l'estomac afin de provoquer la sortie de bulles d'air qui vient localiser un orifice punctiforme passé inaperçu. D'une façon générale, la perforation est beaucoup plus petite lorsqu'elle siège sur le duodénum. C'est là le lieu d'élection de ces perforations lenticulaires, dont la petite taille est en contraste si manifeste avec la violence des phénomènes cliniques qu'elle déchaîne. Plus important que le calibre au point de vue thérapeutique est la qualité des tissus qui bordent la perforation.

c) LES CONTOURS : 46 fois, sur un total de 105 observations où le fait était signalé, soit dans 38,09 % des cas, les bords de la perforation étaient constitués par des tissus calleux. Ces cas-là ne correspondent pas du tout aux malades qui avaient des antécédents gastriques anciens. Il s'agissait parfois de malades chez qui la perforation était le premier signe révélateur d'un ulcère gastrique.

La perforation elle-même apparaît comme un petit orifice punctiforme, arrondi ou ovalaire, au milieu d'un tissu cartonné. Les bords en sont taillés à pic, comme à l'emporte-pièce.

2) *Les lésions associées*

a) ETAT DE L'ESTOMAC : Il apparaît le plus souvent très vascularisé, avec un peu d'œdème des mésos. Il saigne très facilement et abondamment. On a l'impression de toute une zone inflammatoire.

b) Quelle est l'ÉVOLUTION ANATOMIQUE habituelle du *liquide gastrique épanché* par la perforation ? Quel que soit le siège de l'orifice, le trajet anatomique est toujours le même : le liquide s'écoule d'abord dans le couloir pariéto-colique droit, de là dans la fosse iliaque droite, pour gagner progressivement toute la cavité péritonéale. Il s'accumule toujours en grande quantité dans le cul-de-sac de Douglas, qui est le point déclive du péritoine. Toutes les fois qu'au cours de l'intervention on plonge l'aspirateur dans le cul-de-sac du Douglas, après avoir asséché le champ opératoire, on est frappé de la quantité de liquide louche qu'on en retire. Dans les perforations postérieures, le liquide envahit d'abord l'arrière cavité des épiploons où il peut s'enkyster. Généralement, il s'écoule par l'hiatus de Winslow, et suit alors le même parcours.

c) LE LIQUIDE ÉPANCHÉ. ASPECT MACROSCOPIQUE : Presque toujours très abondant, de couleur gris sale, sans odeur, souvent mêlé et teinté de bile, il est parfois mélangé de gaz. Il tient souvent en suspension des particules alimentaires. Il faut signaler la grosse importance du manque d'odeur pour localiser le niveau de la perforation et le différencier du liquide appendiculaire à odeur fécaloïde. Il a été trouvé souvent dans la cavité abdominale du lait, du vin. Une fois, il y avait de la baryte, dans le cas signalé plus haut, où la perforation était survenue au cours d'un examen radioscopique.

d) L'ÉTAT DU PÉRITOINE : Il existe fréquemment des exsudats blanchâtres. Le péritoine est rouge et très vascularisé. La localisation de ces lésions au niveau de l'appendice peut égarer le diagnostic, lorsqu'on est intervenu par erreur sur la région appendiculaire.

e) EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE : Les résultats que nous apportons au sujet de l'état bactériologique du liquide gastrique épanché sont dus aux prélèvements effectués par le Docteur CLAVEL, chirurgien de garde à l'Hôtel-Dieu, et à l'examen de ces prélèvements exécutés par Madame CLAVEL, chef de service à l'Institut bactériologique de Lyon. Nous tenons à remercier Madame le Docteur CLAVEL et notre ami le Docteur CLAVEL, qui ont obligeamment mis tous leurs documents à notre disposition. Ces recherches furent pratiquées 15 fois et les résultats furent les suivants : 8 cas d'épanchements microbiens avec 4 morts, soit 50 % ; 7 cas d'épanchement amicrobiens avec une seule mort indépendante de l'état de l'abdomen.

Il a été trouvé tantôt du simple colibacille, tantôt du streptocoque non hémolytique et tantôt du streptocoque hémolytique. De cette série d'examens bactériologiques résultent deux conclusions intéressantes :

1° Si, comme le croyait LECÈNE, qui fut le premier en France à pratiquer ces examens, le liquide gastrique épanché est le plus souvent stérile dans les dix premières heures qui suivent la perforation, néanmoins cette règle n'est pas toujours vraie, puisque sur 8

cas où les cultures ont été positives, 3 fois la perforation ne datait que de quelques heures (5^e, 6^e, 7^e heure).

2° L'examen bactériologique n'a pas qu'une valeur scientifique, mais a une *valeur pronostique* intéressante : en effet, les 7 cas amicrobiens n'ont été grevé que d'une mort dont la cause était en dehors de l'état abdominal, tandis que les 8 cas microbiens ont présentés 50 % de mortalité. Il faut, en outre, signaler que les 4 cas guéris ont présenté des complications : une fistule duodénale importante et 3 complications pulmonaires.

On voit donc l'utilité de ces renseignements qui peut permettre, dans les cas positifs, d'instituer une médication préventive (vaccinothérapie).

A un point de vue plus général, ces résultats nous font voir que le *liquide gastrique épanché n'a pas cette stérilité et cette innocuité* que certains auteurs avaient voulu lui reconnaître d'une façon *systématique*.

Nous envisageons plus loin, dans cette étude, les modifications que peut apporter, dans les indications opératoires, une telle constatation.

C. — Rappel clinique

Les signes de la perforation gastrique sont trop classiques pour que nous voulions, dans cette étude, en faire un nouvel exposé. On sait l'importance pri-

mordiale de la douleur, de la contracture, du choc, l'importance tout à fait secondaire de certains signes accessoires sur lesquels on a voulu insister.

Quelques points nous paraissent encore mériter une discussion :

1° Il y a des perforations à *symptomatologie larvée, et à signes trompeurs* : les formes avec accalmie secondaire, ou bien à symptômes très atténués d'emblée. Telles sont les formes ambulatoires où les malades viennent à pied à l'hôpital pour demander des soins, alors qu'ils sont porteurs d'une perforation depuis parfois plusieurs heures.

Les formes *pseudo-appendiculaires*, avec maximum de douleur dans la fosse iliaque droite, sont très fréquentes. Il suffit, pour s'en rendre compte, de voir le nombre d'observations où le chirurgien a pratiqué d'abord l'incision iliaque droite.

On ne trouve guère d'explication pathogénique, mais le fait clinique est indiscutable.

2° *La douleur correspond-elle vraiment à la perforation elle-même ?* Il semble, d'après la lecture de nos observations, que plusieurs fois la perforation ait été antérieure à la douleur. On constatait alors à l'intervention des lésions péritonéales beaucoup plus accentuées qu'elles n'auraient été si la perforation avait correspondu réellement à la douleur. Le fait a déjà été signalé. GRÉGOIRE, à la Société de Chirurgie de Paris, rapporte des observations de ce genre. Pour lui, la douleur subite ne coïncide pas avec la perfo-

ration, elle est seulement la première manifestation de l'atteinte péritonéale. Combien faut-il de temps pour que ces phénomènes réactionnels se produisent ? On ne peut encore le dire, mais le fait mérite d'être noté.

Ceci peut d'ailleurs expliquer un certain nombre d'échecs chez des malades que l'on croyait avoir opérés dans les premières heures.

3° Un point très discuté est celui de la *sonorité pré-hépatique*. Les auteurs parisiens y attachent une très grande importance. Nos observations ne comportent pas de documents suffisants pour que nous puissions apporter des chiffres confirmant, ou infirmant cette affirmation. Mais plusieurs des chirurgiens, de la pratique desquels sont tirés nos observations, nous ont dit avoir systématiquement recherché ce symptôme et l'avoir trouvé absent dans une forte proportion de cas. Il ne nous semble donc pas légitime de proposer ce symptôme comme un signe cardinal de la perforation.

4° Il faut signaler l'importance des cas où des *douleurs sont apparues dans les jours qui précédaient immédiatement la perforation*. Il s'agit certainement là d'une poussée inflammatoire de l'ulcère, avec péri-gastrite. Par contre, nous avons noté la rareté des hémorragies prémonitoires qui avaient été données comme un signe assez fréquent.

En somme, de ces quelques réflexions il faut retenir l'importance primordiale de la recherche des antécédents, de la douleur et de la contracture, *et la nécessité de ne pas hésiter devant une laparotomie exploratrice en cas de doute.*

OBSERVATIONS

Les cas suivis de mort

OBS. 1. — M..., 26 ans. Entre le 7 octobre 1931 pour syndrome abdominal aigu.

Intervention : Docteur PEYCELON, 7 octobre 1931 :

1° Incision iliaque droite, appendice sain, liquide péritonéal louche. Un drain dans le Douglas. Appendicectomie.

2° Laparotomie sus-ombilicale. Perforation lenticulaire d'un ulcus face antérieure du pylore. Suture, plus épiplooplastie. G. E. A. P. au bouton.

Mort le 9 octobre 1931.

OBS. 2. — G... Benoît, 57 ans. Entre le 18 mai 1928 pour ballonnement abdominal, avec amaigrissement de 9 kgs en 1 an.

Intervention : 26 mai 1928 (Docteur PATEL). Laparotomie faite sur le bord externe du grand Droit, du côté gauche. Rien d'anormal du côté de l'S iliaque et du rectum. Etant donné la marche défectueuse de l'anesthésie, on ne peut continuer les recherches.

Autopsie : 30 mai 1928. On trouve un ulcère double perforé de la grandeur d'une pièce de 2 francs à la jonction duodéno-gastrique. Cet ulcère était revêtu par l'épiploon, qui avait empêché la péritonite de se produire. Manœuvré au cours de l'intervention, l'épiploon a démasqué la perforation et la péritonite a emporté rapidement le malade, sans qu'on ait pu intervenir à temps.

OBS. 3. — B... Gabriel, 46 ans. Entre le 28 mars 1927 avec syndrome péritonéal aigu datant de 20 heures.

Intervention : Incision longitudinale médiane. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un peu de liquide louche, certainement plus d'un litre. En relevant le foie on découvre une perforation grosse comme une pièce de 0,50 c. siégeant au niveau de l'antra pylorique. Il s'agit d'un énorme ulcère calleux. Enfouissement. Un gros drain et une mèche sous le foie. Fermeture au fil métallique.

Décès à la fin de l'intervention qui a duré 10 minutes.

OBS. 4. — C... Auguste, 66 ans. Entre le 4 juin 1929 pour douleurs abdominales violentes.

Passé gastrique datant de 3 ans.

Perforation à la 18^e heure.

Intervention : 14 juin 1929 (Professeur PATEL). A. G. Incision sus-ombilicale médiane. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une quantité considérable de liquide séreux. Assèchement à l'aspirateur. Perforation de la petite courbure un peu au-dessus du pylore. Suture de la perforation en 2 plans. G. E. A. au bouton. Drainage sus-pubien.

17 juin 1929 : *Succombe* de péritonite généralisée.

OBS. 5. — M... Louis, 31 ans. Entre le 3 août 1928 pour perforation d'ulcus gastrique.

Intervention : Docteur BONNET. Suture gastro au bouton.

Mort le 5 août 1928.

Vérification : Anse dilatée, 1 litre de pus, péritonite généralisée.

OBS. 6. — D... Henri, 22 ans. Entre le 15 janvier 1929 pour appendicite. (Aucun antécédent gastrique.)

Intervention : 15 janvier 1929 (Docteur DESJACQUES).

1° Incision dans la fosse iliaque droite (Max Schuller), liquide glaireux dans le ventre. Appendice sain. Appendicectomie avec enfouissement. Drain, dans le Douglas.

2° Incision horizontale sous-costale, avec section du grand droit. Enfouissement d'un ulcère perforé. G. E. A. au bouton.

20 janvier 1929 : Iléostomie sur la première anse intestinale. Issue de pus à l'incision.

1^{er} février 1929 : Décline de plus en plus ; sa famille l'emmène.

OBS. 7. — G... Antonin, 31 ans. Malade envoyé à l'hôpital le 12 août 1920, pour ulcère du pylore perforé.

Antécédents : Aucun passé gastrique.

Intervention : Laparotomie médiane sus-ombilicale. Epanchement de caractère bilieux. Ulcère perforé dans région pylorique, dimensions d'une grosse tête d'épingle. Il s'écoule un liquide bilieux.

Suture en deux temps. Péritonisation avec l'épiploon. G. E. A. P. au bouton. Fausses membranes nombreuses sur l'intestin. Aspiration du liquide. Ether dans l'abdomen. Suture métallique de la paroi. A 20 heures, vomissements tumultueux de sang.

Mort le 12 août 1920, à 23 heures.

OBS. 8. — C... Francisque, 48 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 22 janvier 1923 pour perforation d'ulcère de la petite courbure, cloisonné, ayant débuté il y a 5 jours.

Antécédents : Passé gastrique ancien.

Intervention : 23 janvier 1923. Laparotomie sus-ombilicale. L'épiploon se trouve dans la région pylorique, très œdémateux, infiltration purulente. On met à jour une perforation de l'estomac, qui siège sur la petite courbure, sur son versant antérieur. Suture de la perforation au

catgut. Tissu stomacal friable et il faut user d'artifice pour le fermer avec les tissus voisins. En cherchant à faire une gastro complémentaire, on se rend compte que le malade présente un vice de position intestinale. Côlon paraît refoulé à gauche. Première anse jéjunale siège à droite de la colonne vertébrale. Côlon ascendant : au-devant de la colonne vertébrale. On arrive à la hauteur de la 4^e lombaire où se trouve l'angle droit du côlon. L'insertion de l'épiploon est reposée à gauche. Dans le pelvis le rectum est dévié à gauche de la ligne médiane.

Décès le 28 janvier 1923.

OBS. 9. — V... Jean, 33 ans. Entre le 12 juin 1923. Début la veille à 7 heures. Douleur brusque en coup de poignard. Etat général lamentable, pouls filant, très rapide. T. A. 7 1/2. Ventre de bois. Arrêt complet des matières et des gaz. Pas de vomissements.

Intervention : 12 juin (Docteur PATEL). Incision sus-ombilicale médiane. Flots de liquide verdâtre avec fausses membranes; la lésion maximum paraît siéger au niveau de l'estomac.

12 juin : *Mort* à 2 heures du soir.

14 juin : A l'autopsie : péritonite généralisée. Quelques adhérences pyloro-hépatico-coliques. On trouve un ulcus perforé sur le versant duodénal du pylore.

OBS. 10. — J... Charles, 43 ans. Entré le 2 décembre 1922. (Mort le même jour).

Soigné depuis longtemps pour dilatation d'estomac avec parfois de petites crises douloureuses.

Le 1^{er} décembre : Douleurs un peu plus fortes, vomissements, liquide noir.

Envoyé pour ulcère perforé.

Opéré immédiatement : ulcère perforé au niveau de la petite courbure ; grande quantité de liquide noirâtre.

Mort pendant l'intervention.

Obs. 11. — C... Marius, 45 ans. Le malade est amené à la Porte de l'Hôtel-Dieu le 25 octobre, à 23 heures, pour douleurs abdominales.

Le malade sourd-muet ne donne aucun renseignement.

A l'examen : Contracture de tout le côté droit, maximum dans la région épigastrique. T. 39°. Pouls 102. Extrémités froides.

On fait le diagnostic d'ulcère perforé.

Intervention (Docteur GUILLEMINET, Mlle CHEVASSU) : Le 25 octobre 1925, 22 heures. Laparotomie sus-ombilicale avec débridement transversal droit. Ulcère perforé de petite courbure à la partie moyenne, diamètre 7 à 8 mm. Beaucoup de liquide dans tout l'abdomen. Aspiration 1 lit. 1/2. Enfouissement par plusieurs points. Epiplooplastie. Pas de gastro, car pylore libre. Un drain *in situ*. Un gros drain sus-pubien qui donne encore beaucoup de liquide.

Après l'intervention : Etat grave, extrémités froides. Pas de pouls radial. On porte un mauvais pronostic. Traitement énergique.

Le 3 novembre : Malade très amélioré.

Le 5 novembre : T. à 39°. Malade plus agité. Pouls entre 100 et 120. Fistule gastrique. On fait coucher le malade sur le ventre. Ballonnement abdominal. Le malade va difficilement à la selle.

Le 10 novembre 1925 : *Décès*. (Péritonite).

Vérification : Péritonite suppurée généralisée. Point de départ au niveau de l'ulcère suturé, qui a dû laisser filtrer. Petite collection sous-hépatique en regard de cet ulcère. Il siège en réalité à droite du pylore. A l'ouverture de l'estomac, on trouve un autre ulcus calleux, non perforé, siégeant sur la petite courbure. Une gastro complémentaire aurait été de mise.

OBS. 12. — I..., 37 ans. Entre le 18 octobre 1930 pour perforation gastrique datant de 4 h. chez un malade saigné à blanc par hématomèse. Shock très prononcé.

Intervention : Docteur CREYSSEL, 4^e h. A. G. éther légère. Enorme perforation face antérieure du pylore, admettant le pouce. Flot de liquide. Suture. Enfouissement. G. E. A. au bouton. Drain sus-pubien.

Le malade *meurt* dans son lit quelques instants après l'opération, malgré l'intervention très rapide

OBS. 13. — R... Marius, 56 ans. Entré à l'Infirmierie de Porte le 25 juillet 1923, à 11 h. du soir, pour syndrome abdominal aigu.

Malgré une spécificité nerveuse très nette et des crises gastriques douloureuses antérieures, on se décide pour le diagnostic de perforation et on opère.

Intervention : 25 juillet (Docteur VERGNORY). Anesthésie-Ether). Perforation lenticulaire sur un ulcus calleux de la petite courbure. Enfouissement incomplet. Epiplooplastie. Liquide louche dans le ventre. Fermeture en un plan. Fil métallique.

Suites opératoires : Abondante fistule gastrique et affaiblissement sans signe marqué de péritonite.

Le 31 juillet, à 11 h. du matin : *Mort*.

OBS. 14. — A..., 30 ans. Opéré à la Porte par le Docteur BERTRAND pour une perforation gastrique à la 5^e h.

Antécédents : Passé gastrique ancien.

Intervention : 18 janvier 1923 (Docteur BERTRAND). A. G. Ether. Incision Mac Burney, liquide glaireux ; un gros drain dans le Douglas. Laparotomie sus-ombilicale médiane ; énorme perforation au niveau face antérieure du pylore. Enfouissement très difficile à la soie, peu satisfaisant. G. E. A. P. au bouton. Un drain au contact perforation.

22 janvier 1929 : Ablation du drain, premier pansement.

26 janvier 1929 : au 9^e jour : point de côté violent ; ascension de la T. à 38°5-39°. Pouls à 130. Crachats rouges : le malade a fait un infarctus. De plus, on constate du mælena.

28 janvier 1929 : T. se maintient élevée : fait des signes d'hémorragie interne ; nouveau mælena.

30 janvier 1929 : *Mort* à 22 h.

Autopsie : Sur l'estomac : on trouve 2 ulcus : l'un au niveau de la région prépylorique, l'autre au niveau de la petite courbure cicatrisée. L'enfouissement a bien tenu. Pas de lésion péritonéale.

Obs. 15. — L... André, 51 ans. Entré le 12 décembre 1931 pour douleurs abdominales très vives.

Antécédents : Pas de syndrome gastrique antérieure. Obésité. Grosse hernie crurale contre-indiquant opération.

Intervention (Docteur MOREL) : 12 décembre 1931, 34^e heure. A. L.

1° Incision iliaque ; laparotomie latérale droite ; écoulement de liquide bilieux, non fétide, et de gaz ; liquide descend par gouttière pariéto-colique. Drain dans le Douglas et dans gouttière pariéto-colique.

2° Boutonnière sus-ombilicale ; l'ulcère siège probablement dans la première portion du duodénum ; pour ne pas prolonger l'opération déjà longue, on referme par un fil métallique et non renonce au débridement que nécessiterait l'exploration duodénale.

Décès le surlendemain à 15 h.

Autopsie : Appendice sain. Perforation de la dimension d'une pièce de 0,50 sur face antérieure, première portion du duodénum.

OBS. 16. — B... Jules, 49 ans. Opéré par le Docteur POLLOSSE d'ulcère perforé de l'abdomen, 14 mai 1928.

Depuis un an, souffre de l'estomac.

Intervention : Docteur POLLOSSE.

1° Incision sus-pubienne, abdomen rempli de liquide (1/2 litre).

2° Incision épigastrique : perforation au niveau d'un gros ulcère calleux, de la petite courbure, haut placé, juxta-cardiaque. Drain.

16 mai : Tuméfaction de la région parotidienne droite ; douleurs. T. 38°6. Tuméfaction parotidienne dure. Drain mobile. Fluctuation profonde.

19 mai : *Décès*.

OBS. 17. — F... Louis, 46 ans. Opéré le 10 juin, à la 12^e heure, par le Docteur DE ROUGEMONT, au service de Porte.

Intervention : Ulcère perforé. Incision latérale droite transversale. Oblitération de la perforation à la suture. Gastro au bouton. Drain sous-cutané. Drainage sus-pubien.

Décès le 23 juin.

OBS. 18. — M..., 55 ans. Entre le 12 novembre 1931 pour une perforation gastrique.

Passé gastrique net datant le 20 ans.

Intervention : Docteur CREYSSEL, 6^e h. A. G. Ether. Laparotomie S. O. M. Perforation de la taille d'une tête d'épingle, face antérieure de la portion pyloro-duodénale. Suture et enfouissement. G. E. A. au bouton. Drain sus-pubien. Suites : simples les premiers jours ; puis élévation de la température. Congestion pulmonaire bi-latérale. Cyanose et dyspnée.

Mort au 8^e jour.

Autopsie non faite.

OBS. 19. — B... Lazare, 43 ans. Entre le 2 juin 1925 pour douleurs abdominales.

Intervention : Le 2 juin 1925, 24^e h. Laparotomie S. O. M. agrandie d'une incision transversale droite. Ulcère perforé duodénal. Tout autour existent des néo-membranes purulentes. Thermo-cautérisation et suture à 2 plans. Drain sous le foie. G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien

11 juin 1925 : *Décès*.

OBS. 20. — J... Eugène, 27 ans. Entre le 3 avril 1929 pour ulcère perforé.

Antécédents gastriques depuis 3 semaines environ.

Intervention : 3 avril 1929 (Docteur MICHON), 5^e h. Laparotomie S. O. M. ulcère perforé ; enfouissement au catgut à deux plans. G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien.

Le 9 avril 1929 : *Réintervention* (Docteur ALAMARTINE). A. L... Le malade étant en péritonite avec énorme ballonnement abdominal, on fait un anus sur l'intestin grêle.

9 avril 1929 : *Décès* à 16 h.

Examen du liquide de perforation : La culture montre la présence de levures : pas de microbes.

Autopsie : La cavité abdominale est pleine de pus ; la gastro du côté intestinal a mal tenu : on voit du sphacèle. Certaines anses grêles du côté du drain hypogastrique présentent de l'adhérence à la paroi abdominale.

OBS. 21. — V... Joseph, 48 ans. Entre le 3 juillet 1924 pour perforation gastrique.

Aucun antécédent gastrique.

Intervention : 12^e heure. A. G. Ether. Il s'écoule une grande quantité de liquide gastrique contenant un peu de pus. On branche sur l'incision médiane une incision de décharge, sectionnant le grand droit. On met à jour

une perforation un peu plus grosse qu'une lentille, sur la petite courbure, qui adhère au péritoine postérieur. Pointes de feu, puis suture de la perforation à 3 plans. Le dernier séro-séreux par surjet. G. E. A. P. au bouton. Drain sous-hépatique. Drainage sus-pubien donnant une grande quantité de pus franc.

Suites : Le 4 août : malade était en bonne voie de guérison quand, le 1^{er} août, a débuté une fièvre à grandes oscillations. Le malade ne se plaint de rien. Rien à la plaie.

Le 7 août : Injection d'urotropine.

Le 11 août : *Décès*.

12 août : *Vérification* montre au niveau du foie deux petits abcès de la grosseur d'une mandarine.

OBS. 22. — D... Marcel, 20 ans. Entre le 30 mars 1932 pour ulcère perforé.

Intervention : 6 h. Incision appendiculaire, liquide bilieux dans le ventre. On assèche, puis incision oblique sous-costale droite ; perforation duodénale près du pylore, qui admettait un crayon. On y fait une pointe de feu (Balfour), puis une double suture totale et séro-séreuse. Cette suture rétrécissant le pylore G. E. A. P. au bouton. Un drain sous le foie, un drain dans le Douglas (fermeture).

10 mars 1922 : *Décès*.

OBS. 23. — D... Laurent, 42 ans. Entre le 5 avril 1922 pour perforation.

Intervention : Le malade n'a pas de poulx, hypothermique, facies péritonéal, mais lucide. Laparotomie sus-ombilicale faite *in extremis*. On trouve au-dessous du foie une énorme collection. Il s'agit manifestement de perforation d'un ulcus, probablement duodénal : E. G. est tel qu'on se contente de mettre un drain.

Le malade *meurt* quelques heures après.

OBS. 24. — F... Louis, 32 ans. Entre le 9 février 1926 pour ulcère perforé.

Intervention : Docteur PERRIN. Perforation première portion du duodénum. Suture à deux plans, non oblitérante du duodénum. Pas de G. E. A. Mèche et drain sous-hépatiques. Drain dans le Douglas.

11 février 1926 : Pansement, on constate une fistule duodénale.

13 février 1926 : *Décès* à 2 heures.

OBS. 25. — D... Claudius, 36 ans. Entre avec diagnostic d'ulcère perforé.

Intervention : Docteur ALAMARTINE.

Décès.

OBS. 26. — V..., 43 ans. Entre le 16 juillet 1923 pour ulcère perforé.

Intervention : 16 juillet (Docteur DELORE). Laparotomie sus-ombilicale. Collection purulente sous le foie. On branche une incision transversale coupant le muscle grand droit. Petite perforation première portion du duodénum. Enfouissement. Petit drain local. G. E. A. P. au bouton. Fermeture des incisions, sauf passage du drain. Drainage sus-pubien ; il s'écoule une énorme quantité de pus

17 juillet : *Décès*.

OBS. 27. — M..., 21 ans. Entre le 6 juillet 1927 pour perforation gastrique.

Intervention : Docteur ALAMARTINE, 7^e heure. Perforation d'un ulcère gastrique. Suture. G. E. A. bouton.

Suites : Etat général mauvais ; pas de fièvre péritonéale, la dyspnée est vive ; la plaie donne abondamment.

Le 25 juillet : *Décès*.

OBS. 28. — B... Jean, 62 ans. Entre le 5 novembre 1931 pour perforation.

Aucun antécédent gastrique.

Intervention (Docteur ROCHET) : Sans anesthésie. Devant l'occlusion, on décide de faire une cœcostomie. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe de la sérosité et des gaz sans odeur. On pratique un drainage simple. Le soir même le malade *meurt*.

Vérification : Perforation duodénale grosse comme une pièce de un franc, siégeant à la deuxième portion du duodénum.

OBS. 29. — D... Gustave, 50 ans. Entre le 22 juin 1929 pour douleurs abdominales.

Antécédents gastriques d'ulcère.

Intervention : 22 juin 1929 (Docteur ALAMARTINE). Laparotomie sus-ombilicale, ventre plein de liquide bilio-gastrique. Encoche sur le grand droit pour aborder région duodénale. Fermeture de perforation pylorique à 3 plans. Exclusion et drainage de la région sous-hépatique. G. E. A. P. au bouton.

23 juin 1929 : *Décès*.

OBS. 30. — G..., 46 ans. Entre le 5 octobre 1931 pour perforation.

Intervention : 14^e heure. Laparotomie sus-ombilicale, perforation pylorique ; suture. Epiplooplastie. G. E. A. P. au bouton, un drain sus-pubien.

Décès : Le 5 octobre 1931.

OBS. 51. — P... Jean, 32 ans. Entre pour douleurs abdominales violentes.

Antécédents gastriques datant de plusieurs années.

Etat général très mauvais. Pouls à 120°. T. 36°5.

Intervention : 13 août 1929 (Docteur RICHIER), au 3^e jour.

1^o Incision iliaque droite, issue de liquide gastro-duodénal ; mise en place d'un drain dans le Douglas.

2^o Laparotomie sus-ombilicale, volumineuse perforation gastro-duodénale, fermeture à 2 plans G. E. A. au bouton. Fermeture au fil de bronze.

14 août 1929 : *Décès*.

Obs. 32. — D., Louis, 52 ans. Vient pour douleur abdominales vives.

Antécédents : Vieux passé gastrique.

Perforation datant de 3 jours.

Intervention : 28 mars 1930 (Docteur WERTHEIMER). Incision transversale parallèle au grill costal partant du creux épigastrique ; liquide louche. Gros ulcère perforé ; pépplorique de la grosseur d'une pièce de 50 centimes. On enfouit la perforation en se servant du côlon transverse plus ou moins adhérent ; on amène tout l'épiploon voisin vers la suture. G. E. A. au bouton. Drainage sus-pubien, fermeture aux crins.

Le 8 avril 1930 : Diarrhée profuse.

Le 16 avril 1930 : Selles sanglantes.

Le 17 avril 1930 : *Mort*.

Obs. 33. — B., Jules, 56 ans. Entre pour ulcère perforé de la petite courbure.

Ventre de bois. Poids 140. Ethylique ancien.

Intervention immédiate. Schleich. Laparotomie sus-ombilicale. Ulcère perforé de la petite courbure juxta-pylorique. Suture en 2 plans difficile, car il s'agit d'un énorme ulcère calleux dans lequel les fils coupent. On arrive cependant à obturer la brèche, mais en plicaturant l'estomac au niveau de la petite courbure. G. E. A. P.

transmésocolique au bouton. Appendicostomie. Pas de drain sus-pubien.

Décès : Le 4^e jour, de complications pulmonaires, alors que l'état abdominal était très satisfaisant.

OBS. 34. — F... Victor, 56 ans. Entre le 20 mars 1931 pour ulcère perforé.

Antécédents : Long passé gastrique.

Intervention : 20 mars 1931 (Docteur ROLAND (14^e h.). A. G. Schleich. Laparotomie sus-ombilicale. Perforation gastrique siégeant sur la petite courbure, à 2 cm. environ du pylore, au niveau d'une masse dure, qui est soit un ulcère calleux, soit un néoplasme. Calibre d'une lentille. Suture à 2 plans de catgut. Epiplooplastie complémentaire. Pas de G. E. A. car méso-côlon infiltré et que l'état général du malade est très précaire. Drain sous-hépatique ; suture en un plan au fil métallique. Drain sus-pubien.

Décédé 3 jours après.

OBS. 35. — R... Marius, 24 ans. Entre le 1^{er} juin 1932 pour péritonite aiguë.

Antécédents gastriques : Souffre depuis 2 ans de l'estomac.

Intervention : 1^{er} juin 1932 (Docteur ROLAND), 20^e h. A. G. Schleich. Mac Burney. Péritoine plein de pus. Appendice sain.

Laparotomie sus-ombilicale. Perforation punctiforme duodéno-pylorique sur ulcère friable. Suture précaire à 2 plans recouverte par épiploon. G. E. A. P. au bouton. Drain sous-hépatique. Gros drain dans le Douglas par Mac Burnay. Fermeture fil métallique.

2^e intervention : 27 juin 1932 (Docteur ROLAND). A. L. Laparotomie pararectale gauche au point où il semble exister une voussure. Péritonite diffuse, 3 drains.

Le même jour : *Décès*.

OBS. 36. — F... François, 75 ans, entre salle Saint-Louis, le 3 août 1925, pour douleurs gastriques à type d'ulcère, datant de 20 ans.

Le 4 août : Violentes douleurs épigastriques.

Intervention : 10 août (Docteur BONNET). Laparotomie sus-ombilicale médiane ; région pylorique très inflammatoire. Il s'agit probablement d'ulcère sur le point de se perforer. G. E. A. P. à la suture. Fermeture.

Décès : 3 jours après l'opération, le malade ayant présenté un syndrome net de perforation.

14 août 1925 : *Autopsie*. En relevant l'estomac, on voit de la bile sous le foie. Grosse vésicule avec péritoine dépoli. On remarque une perforation à l'emporte-pièce près du pylore.

Les sutures de la G. E. A. ont très bien tenu.

OBS. 37. — C... Louis, 55 ans. Amené à l'Infirmierie de Porte, le 18 mars 1922 pour douleurs abdominales

Antécédents : Douleurs gastriques à type d'ulcère, depuis 10 ans.

Intervention : Le 18 mars 1922 (Docteur PERRIN). Perforation étoilée (pièce de 2 francs) d'un ulcère calleux de la petite courbure (doute pour un néoplasme ?). Suture à deux plans. Epiplooplastie aboutissant à l'estomac biloculaire.

Pas de G. E. A. Drainage sus-pubien.

Décès le 30 mars 1927.

OBS. 38. — D... Roger, 68 ans. Ulcère gastrique perforé, amené à la Porte de l'Hôtel-Dieu.

Intervention : Le 3 avril 1927 (Docteur Ricard), à la 7^e heure.

Enorme ulcère calleux, petite courbure, haut situé. Enfouissement impossible. Epiploon ; drain au contact.

G. E. A. au bouton de Jaboulay. Drain sus-pubien.

Décès.

OBS. 39. — L... Jean, 51 ans. Amené à l'Infirmierie de Porte, Hôtel-Dieu pour ulcère perforé.

Intervention : 13 mai 1927 (Docteur ROCHET).

Enfouissement G, E. A. au bouton de Jaboulay. Drain sus-pubien.

Suites opératoires : Température persiste sans cause apparente. Le Docteur BARBIER fait passer le malade dans le service du Professeur BARD.

20 juin : Vomique. Amélioration passagère. Signes d'épanchement à base droite apparaissent. Ponction : liquide purulent.

Réintervention : Le 15 juin (Docteur LAROYENNE). Ouverture du thorax. Résection de 2 côtes. Drainage; petit empyème kystique.

19 août 1927 : Le malade a présenté hier une crise épileptique à prédominance gauche, avec Babinski et réflexe plus vif à gauche ; on peut penser à un abcès métastatique de la région Rolandique droite en situation haute.

Décès le 23 août.

A l'autopsie : Abcès du lobe occipital.

OBS. 40. — C... Gabriel, 47 ans. Amené à l'Infirmierie de Porte pour perforation d'ulcère gastrique.

Intervention : 22 juin. Incision sus-ombilicale médiane ; perforation sur partie antérieure du duodénum. Débridement par incision grand droit. Liquide abondant dans péritoine. Suture à deux plans. G. E. A. au bouton. Drain sus-pubien.

22 juin : *Décès* à 3 heures du matin.

OBS. 41. — R... Sébastiano, 26 ans. Opéré à la Porte par le Docteur RICARD, le 25 juillet au matin, d'un ulcère duodénal perforé.

A l'entrée : Malade dans un état franc de péritonite généralisée. T. 41°. Pouls 140.

Glace sur le ventre.

Mort le soir vers 8 heures.

OBS. 42. — D... Emile, 24 ans, entre d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour péritonite.

Intervention (Docteur LAROYENNE) : Incision d'appendicectomie ; grosse quantité de liquide. Appendice sain. Drainage. Incision sus-ombilicale. Perforation du volume d'un pois de la face postérieure de la première portion du duodénum.

G. E. A. P. au bouton de Jaboulay. On laisse deux drains.

24 mai 1925 : Evacuation d'une collection du Douglas.

Décès le 25 mai 1925.

OBS. 43. — P... Gaston, 20 ans, vient au Service de Porte pour péritonite remontant à 24 heures.

Intervention (Docteur WERTHEIMER), le 27 août 1926. Incision Max Schuller ; liquide purulent coloration bilieuse. Appendicectomie, appendice sain. On place un long drain dans le Douglas par où s'écoule une grosse quantité de liquide purulent.

Incision transversale droite : On découvre une perforation de la petite courbure. Enfouissement à 3 plans, dont un épiploïque. G. E. A. P. au bouton.

Décès le 28 août 1926.

OBS. 44. — V... Benoît, 53 ans. Entre le 10 octobre 1928 pour péritonite.

Le 9 octobre, avait eu des douleurs constantes et constipation.

Intervention (Docteurs LAROYENNE, MARION), à la 21^e heure. Ulcère duodénal perforé. Essai d'enfouissement. Oblitération par le grand épiploon. G. E. A. au bouton. Drainage sus-pubien, iliaque droit.

Le 14 octobre : *Mort.*

Vérification. Dans le pansement : On trouve une anse grêle sphacélée.

OBS. 45. — P... Georges, 25 ans.

Syndrome douloureux. T. 37°5. Pouls 90.

1^{re} *intervention* (Docteur LAROYENNE) : 30 mai 1929.

Ether. Laparotomie exploratrice. Compresses imprégnées de bile.

1^{er} juin : Pansement imprégné de bile ; ictère très net.

2^e *intervention* : A. G. Ether. A peine anesthésié, le malade a des vomissements fécaloïdes avec hématomèse. Syncope.

Mort.

Vérification : C'était un ulcère duodénal perforé siégeant très bas vers la deuxième portion du duodénum.

OBS. 46. — C... Louis, 50 ans. Opéré à la Porte par le Docteur RICARD. Sténose pylorique serrée avec estomac immense.

Perforation pyloro-duodénale, ulcère calleux.

Intervention : Gastro au bouton le 8 novembre 1925. Mèches, drains.

Meurt le 14 novembre 1925.

OBS. 70. — P... Jean-Louis, 61 ans, rentre salle Saint-Louis pour perforation et est opéré aussitôt.

Intervention : Le 12 avril 1928 (Docteur LAROYENNE). Incision d'appendicite, appendice rouge, non perforé ; appendicectomie.

Laparotomie sus-ombilicale médiane, ulcère pré-pylorique face antérieure, estomac, dimension tête d'épingle.

Occlusion de la perforation, épiplooplastie.

G. E. A. P. au bouton. Drainage par les deux incisions.

Suites opératoires : Dans les jours suivants, complica-

tions pulmonaires gauches. Ponction ramenant du pus.

2^e intervention : Le 20 mai (Docteur LAROYENNE). Pleurotomie.

Le malade part dans un état désespéré.

OBS. 48. — C..., 45 ans. Entre le 8 novembre 1931 pour perforation d'ulcère.

Antécédents gastriques : Nets, à type d'ulcère, depuis 1920.

Intervention : Docteur CLAVEL, le 8 novembre 1931, à la 25^e heure. A. G. Ether. Ulcès calleux, petite courbure. Fixation au foie et à l'épiploon. G. E. A. précolique au bouton. Drain sus-pubien Liquides abondants. Prélèvement pour examen bactériologique (Docteur CLAVEL) : streptocoques à longues chaînettes.

Suites opératoires : Troubles, complications pulmonaires.

Le 20 novembre 1931 : Présence de collection dans fosse iliaque droite, se compliquant les jours qui suivent de péritonite diffuse avec T. à 40°.

Autopsie : Abscès énormes dans le Douglas ; fissure, péritonite. L'abcès étant séparé du drainage sus-pubien par un magma d'anses agglutinées où se trouvait le bouton en migration, sans occlusion, ni perforation. Douglas vide. La perforation est bien oblitérée, l'ulcère non cicatrisé ; autre ulcère sur la petite courbure, peu profond, à 7 cm. du pylore ; la gastro est bien, elle admet le pouce.

OBS. 49. — M., François, 49 ans. Entré le 8 janvier 1917 pour péritonite généralisée.

Antécédents : Ulcère gastrique perforé typique.

Intervention (Docteur ROCHET) : A. G. Ether. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Grosse quantité de liquide louche dans le péritoine. Ulcère calleux de la petite cour-

bure, perforé en son centre. Suture très difficile, car estomac fixé. G. E. A. P. au bouton. Drainage sous-hépatique. Fermeture de la plaie en 1 plan au fil de bronze. Drainage sus-pubien.

Suites opératoires : E. G. périclite lentement.

Au 8^e jour : Fistule gastrique au niveau du drain sus-ombilical. Malade très indocile qui mange de tout.

Décès au 16^e par cachexie et collapsus cardiaque.

Autopsie : 25 janvier 1927. Péritonite diffusante à marche lente, avec prédominance de lésion sous-phrénique. Le bouton est parti. La gastro est consolidée. La fistule gastrique a pour origine la perforation de l'ulcère qui s'est rouverte.

OBS. 50. — E... Stéph., 31 ans. Entre le 11 octobre 1927 pour ulcère perforé.

Antécédents gastriques : Très nets.

Intervention : Incision iliaque droite : appendice sain, mais liquide abondant ; appendicectomie, drain dans le Douglas. Petite incision épigastrique ; petite perforation d'un ulcère pylorique ; fermeture par 3 catguts. C. E. A. P. au bouton. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires : Syndrome de péritonite s'installe peu à peu. Traité par le sérum goutte à goutte rectal.

15 octobre 1927 : *Mort*.

Vérification : 17 octobre. Pas de trace de péritonite ; suture de la perforation parfaite : anastomose au bouton parfaite. C'est une mort par intoxication due à la résorption péritonéale chez un éthylique à foie sans résistance.

OBS. 51. — C... Pierre, 48 ans. Entre le 14 octobre 1923 au Service de Porte de l'Hôtel-Dieu pour une perforation d'ulcère gastrique.

Intervention (Docteur ROCHET) : 14 octobre 1923. A. G. Ether. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le péritoine

incisé : issue d'un liquide jaunâtre, avec gaz et d'odeur aigrelette. Aspiration. Perforation d'un ulcère calleux des dimensions d'une pièce de 2 francs, face antéro-supérieure du pylore. Suture difficile, mais satisfaisante. G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien à la Rehn.

Suites opératoires : 22 octobre. T. à 40°. Douleurs thoraciques à la base droite avec dyspnée et cyanose marquée. Auscultation révèle un gros souffle.

Mort avec signes fonctionnels pulmonaires très marqués. L'abdomen est resté souple. Pas de vomissements.

OBS. 52. — G... Aug., 32 ans. Entre le 7 juillet 1925 pour péritonite aiguë.

Aucun antécédent gastrique.

Intervention (Docteur TAVERNIER) : Le 7 juillet 1925, 4^e jour.

1° Incision de Roux : montre un peu de pus et de fausses membranes sur l'angle iléo-cæcal : appendice sain. Appendicectomie difficile. On laisse une mèche.

2° Laparotomie sus-ombilicale. Rien à l'ouverture du péritoine. En relevant le foie : un flot de bile s'échappe de la loge sous-hépatique. Il provient d'une perforation antérieure ; première portion du duodénum, assez loin du pylore, ovalaire, à l'emporte-pièce. Suture pénible. Un plan total ; un plan séro-séreux. Drainage à la gaze, suture à un plan.

Meurt dans la nuit le 8 juillet 1925.

Vérification : Le 9 juillet 1925. Péritonite généralisée, collection purulente dans la fosse iliaque gauche, au niveau du cul-de-sac vésico-rectal, du côté du duodénum ; perforation à l'emporte-pièce limitée par un bourrelet régulier et non induré.

OBS. 53. — T..., Albert. Entre le 31 mars 1926 pour ulcère perforé.

Intervention : Le 31 mars 1926 (Docteur SANTY), 20^e heure. Suture après excision des bords de l'ulcère, qui présente une grosse induration au niveau du pylore. G. E. A. au bouton, drain sus-pubien.

Suites opératoires : Troubles, phénomènes pulmonaires. Fistule du grêle au niveau de l'incision sus-pubienne (sonde de Petzer).

Décès le 4 avril 1926. Pas d'autopsie.

OBS. 54. — G... C., 50 ans. Entre le 8 décembre 1927 pour crises abdominales douloureuses.

Antécédents gastriques depuis 5 ans.

Intervention (Docteur ROCHET) : Incision de Roux, ligule louche avec lésion épiploïque.

2^e Incision sus-ombilicale ; fissuration de l'estomac ; épiplooplastie, G. E. A. au bouton.

12 décembre : Météorisme abdominal, hoquet ; mauvais état général, vomissements fécaloïdes.

Mort sans vomissement : 13 décembre.

Autopsie : 14 décembre. Pas de pus, anses grêles énormes, très distendues, avec côlon ascendant et transverse atrophié. Le bouton est en bonne place. Ulcère en voie de cicatrisation adhérent à l'épiploon. L'occlusion siège sur le grêle, à 15 cm. de l'angle iléo-cæcal, au niveau de la cicatrice appendiculaire, nombreuses adhérences, occlusion par torsion.

OBS. 55. — O..., 33 ans. 26 janvier 1932. Malade opéré il y a 8 ans pour un ulcère perforé du duodénum, qui revient pour des douleurs post-prandiales.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Pas d'éthylisme.

Depuis l'âge de 20 ans, ressentait des douleurs, d'horaire variable, au creux épigastrique, très violentes, empêchant le sommeil.

En 1924 : Tableau classique de la perforation d'un ulcère. Est opéré d'urgence à Paris par le Docteur D'ALLAINES.

Depuis : pas de troubles.

Depuis 1930, présente à nouveau des douleurs à horaire irrégulier calmées par l'ingestion alimentaire.

Radioscopie (Docteur PONTIUS) : 1° La bouche de gastro siège haut dans la grande courbure à la partie moyenne et semble antérieure. Tout semble passer par elle.

2° Cependant l'étude des plis de la muqueuse laisse penser qu'il passe quelques bouchées dans le duodénum.

3° On fait des réserves quant à la présence d'une image anormale sur la petite courbure.

Intervention : 2 février 1932 (Professeur PATEL, DE MOURGUES). A. G. Ether. Incision sus-ombilicale médiane :

1° Adhérences pariétales ; 2° Gastro-entérostomie isopéristaltique, qui fonctionne bien, mais qui ne présente pas traces d'ulcère peptique ; 3° Un ulcère extrêmement cicatriciel dans la région pyloro-duodénale.

Gastro-pylorotomie limitée.

Les vaisseaux sont oblitérés.

Fermeture totale.

Décès.

Les cas qui ont présenté des complications immédiates ou proches

OBS. 56. — L... Fernand, 48 ans. Amené à l'Infirmierie de Porte le 30 août 1924 pour ulcère perforé.

Intervention (Docteur GUILLEMINET) : Le 30 août 1924. Ulcère perforé du duodénum à la 40^e heure avec péritonite en voie de diffusion. Réopération d'appendicite. Perforation ponctiforme sur face antérieure de la première portion. Tamponnement simple, à cause de la difficulté de l'oblitération. Drain sus-pubien.

Suites opératoires : Mœlena post-opératoire.

3 octobre 1924 : Sort guéri et cicatrisé.

Depuis cette date, pas de nouvelles du malade.

OBS. 57. — G... Eugène, 39 ans. Envoyé dans le Service le 23 décembre 1930, par le Docteur VEYRAT, pour signes de perforation consécutive à un ulcus stomacal.

Intervention : 29 décembre 1930 (Docteur LAROYENNE). Laparotomie médiane sus-ombilicale suivie d'une incision sus-pubienne. On évacue à l'aspiration environ 1 litre de liquide rouge dans toute la partie de l'abdomen. L'exploration montre un très gros ulcère calleux, au niveau de la face supérieure du pylore : une perforation plus grande qu'une pièce de 0 fr. 50. Bien qu'il s'agisse d'un ulcère calleux, il existe peu d'adhérences. Fermeture. Suture rapidé. G. E. A. précolique ; on place un drain dans l'incision sus-ombilicale, 2 drains dans l'incision sus-pubienne.

Suites : Normales. (Petite phase de congestion pulmonaire).

8 février 1931 : Le malade souffre de son rein du côté droit.

8 février 1931 : On constate que la jambe ne s'étale pas complètement, pas d'abduction ni d'adduction.

27 février 1931 : Incision d'une *psoïtis droite*, double incision : l'une sur le flanc un peu en arrière, l'autre en avant. Drainage.

1^{er} mars 1931 : La température tombe ; les plaies vont bien.

26 mars 1931 : *Radioscopie*. Le bouton est visible, la gastro fonctionne bien. Le bouton circonscrit la bouillie passe aussitôt. Le malade va bien.

Depuis cette date, pas de nouvelle du malade.

Obs. 58. — O..., 45 ans, 28 janvier 1927. Passé gastrique douloureux. Brûlures à horaire tardif. Aujourd'hui, à 16 heures, au cours du travail, douleurs en coup de poignard épigastrique.

Rentré chez lui, boit un bouillon et une verveine qui le font atrocement souffrir.

Vu à 23 heures : facies caractéristique de perforation, assis plié en deux. Ventre contracturé. Cœur lent et arythmique. Cardiopathie ancienne.

Pas de vomissement.

A 24 h. 30 (Docteur SANY) : Laparotomie ; perforation comme petit crayon ; au centre gros ulcère calleux, petite courbure.

Résection au bistouri de l'ulcère.

Suture sur 2 plans au catgut et complément avec franges épiploïques.

G. E. A. P. au bouton pénible.

Incision Murphy. Aspiration de plus d'un litre liquide. Perforation.

31 janvier 1927 : *Suites troublées* : 1^o 24 heures par vomissements aqueux et grosse arythmie.

Premier gaz aujourd'hui.

12 février 1927 : *Suites parfaites* sans incident. Quitte la clinique. N'a pas évacué le bouton.

7 mars 1927 : Revu ; a de temps en temps petites indigestions. Vu aux rayons. Bouton non encore expulsé à hauteur ombilic vers ligne médiane.

Bon état général.

Les suites ont été d'abord simples, puis : lenteur des évacuations gastriques et la radioscopie montre la persistance du bouton dans l'anastomose.

En raison des accès douloureux, de la perte de poids et de l'incapacité au travail, on décide de réintervenir.

Réintervention : 3 mai 1927 (CHARMETTES). A. G. Ether. Laparotomie. On trouve le bouton dans la bouche de gastro avec une certaine induration de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

On incise au niveau de la suture gastro-entérique et on extirpe le bouton qui tient encore par des lambeaux de muqueuse insérés entre les 2 parties. On élargit l'anastomose. On la termine à la suture. L'examen de la région pylorique ne permet plus de retrouver la trace de la perforation et le pylore apparaît rétréci.

Suites opératoires : 28 novembre 1928. A été bien pendant quelque temps. Depuis 2 mois souffre à nouveau. A débuté assez brusquement à menton. A radio : estomac contient encore 7 heures après l'ingestion les 2/3 de la bouillie ingérée. Sténose de la bouche par ulcère peptique. Entre aux Charmettes.

3^e intervention : 4 décembre 1928. A. G. Sebleich. Laparotomie médiane. On trouve un nouvel ulcère peptique développé à la face antérieure de l'anastomose en train de gagner vers le côlon transverse.

Cet ulcère très étendu a créé une niche dans l'épaisseur du méso-côlon, ni che qui paraît correspondre à la voie récente de perforation.

On désunit l'anastomose et on résèque largement tout le pourtour de l'anastomose sur l'estomac et l'anse grêle.

On résèque jusqu'à ce qu'on voit un tissu sain.

On refait l'anastomose à la suture et on l'isole autant que possible du méso-côlon transverse.

20 décembre 1928 : Suites très simples ; le fonctionnement de l'anastomose a été très rapide et sans incident. Le malade va rentrer chez lui.

Depuis malade va bien.

Examen histologique d'un ulcère peptique récidivé (Docteur NOEL) : La pièce est revêtue, sur une partie de sa surface, par un épithélium de type intestinal sécrétant un mucus coloré par le mucicarmine. A cet épithélium, fait suite une large zone ulcérée recouverte par un coagulum fibrineux infiltré de globules rouges et de polynucléaires.

Au-dessous de ce magma, on retrouve une sous-muqueuse très œdématisée dont les éléments sont très dissociés. Au sein du stroma conjonctif sous-muqueux très épaissi, on rencontre de nombreux polynucléaires éosinophiles, quelques plasmocytes et de gros éléments, assimilables, à notre avis, à des cellules conjonctives mobilisées. Les parois nucléaires sont considérablement épaissies, au point d'obturer complètement la lumière.

Ce stroma conjonctif se densifie au fur et à mesure que l'on se rapproche de la musculature qui apparaît dissocié par du tissu scléreux, au sein duquel on retrouve des éléments inflammatoires des types plasmocytes et polynucléaires éosinophiles.

En somme : *lésions inflammatoires de type chronique.*

OBS. 59. — B... Henri, 26 ans. Est amené à l'Infirmierie de Porte le 4 juillet 1919, à 11 h. du soir, pour syndrome de perforation gastrique.

Antécédents gastriques nets. Souffrait depuis deux ans de douleurs à type d'ulcère.

Intervention (Docteur SANTY) : Cavité péritonéale pleine de liquide louche, de couleur sanguinolente. Perforation d'un ulcère juxta-pylorique, versant duodénal, ou plutôt d'une niche de Haudeck. Estomac rempli d'un liquide absolument semblable à celui du péritoine, et qui est retiré par ponction. G. E. A. P. au bouton. Lavage de la cavité péritonéale au sérum. Fermeture complète.

Le 15 juillet : La température, qui s'était maintenue en plateau aux environs de 38°, monte à 39° et plus. Le

24 juillet, à l'auscultation : nombreux râles aux bases et congestion manifeste.

Le 1^{er} août : Le malade est très amélioré, reprend du poids, engraisse. En raison des lésions constatées lors de l'intervention, on décide de réintervenir quand la paroi sera cicatrisée.

Réintervention : Le 17 août. Anesthésie générale ; laparotomie médiane sus-ombilicale ; libération de l'épiploon adhérent. Epaississement œdémateux du petit épiploon ; pour se donner plus de jour, on refend le grand droit perpendiculairement à sa direction du côté droit. Le pylore est dur, mais l'extirpation n'est pas commode. En outre, on sent une induration, ce qui indique que l'ulcère est en bonne voie de cicatrisation. On vérifie la bouche anastomotique ; elle est extrêmement petite ; il semble que l'anse soit sur le point de se détacher de l'estomac, et en raison de cette obturation à brève échéance qui aura certainement pour conséquence la reprise de l'activité de l'ulcère, on fait une nouvelle bouche au-dessus de la première et on termine par une exclusion pylorique par section et suture des deux tranches en 3 plans.

Le 29 août : Petite fistulette probablement du bout duodénal, car on a constaté la présence de bile. Cette fistule donne 4 à 5 jours, et tout rentre dans l'ordre.

25 janvier 1924 : Résultats éloignés parfaits, n'a plus jamais présenté de troubles digestifs.

Depuis cette dernière date, nous n'avons pu retrouver l'adresse de ce malade.

OBS. 60. — M... Léopold, 59 ans. Entre le 2 mars 1925, pour péritonite.

Antécédents gastriques à type d'ulcère depuis 1915.

Intervention : 2 mars 1925 (Docteur PERRIN), 6^e h. Incision para-rectale droite, vérifie l'appendice qui est sain. On agrandit l'incision et on découvre perforation d'un ulcus prépylorique du volume d'une grosse lentille. Par la perforation sort une quantité abondante de li-

quide, enfouissement de la perforation ; drain sous-hépatique, pas de G. E. A.

25 mars 1925 : Ablation du drain. A fait une légère congestion de la base droite.

20 avril : Sort guéri, cicatrice un peu faible.

8 juin 1925 : Rentre dans le service pour douleurs gastriques. Douleurs très fortes survenant après le repas de midi, siégeant au creux épigastrique. Les vomissements calment les douleurs. Pas d'hématémèse.

2° *Intervention* (Docteurs TAVERNIER et PERRIN). Laparotomie sus-ombilicale, adhérence du pylore à la face intérieure du foie. Nulle part trace d'ulcère. On se borne à la libération des adhérences. On fait une G. E. A. à la suture à 2 plans de catgut.

Le 3 juillet 1925 Sort guéri. Bonne cicatrisation.

Depuis cette date, pas de nouvelle du malade.

OBS. 61. — F... Yvan, 25 ans. Malade amené d'urgence à l'Hôtel-Dieu le 23 février 1924. Souffrait de l'estomac depuis 15 jours.

23 février 1924 : Tableau classique de perforation au café.

Intervention (Docteur VERGNORY). Incision Mac Burney, liquide louche sans gaz. Appendice sain.

Laparotomie sus-ombilicale médiane, fausses membranes. Perforation au niveau de la face antérieure du pylore. Enfouissement. L'épiploon est rabattu sur la perforation. Drain dans région sus-hépatique. On referme au fil métallique, sans gastro ni drainage sus-pubien.

15 mars 1927 : Malade revient se plaignant de troubles digestifs apparus depuis un an. Pas de douleurs vives à type d'ulcus, mais digestion difficile, avec pesanteur après les repas. Pas de vomissements, pas de mœlena.

Maigri de 5 kilogs cette année.

Depuis cette date pas de nouvelles du malade.

OBS. 62. — C..., 22 ans. Entré à l'Hôpital le 27 janvier 1932.

Opéré il y a 2 ans pour un ulcère perforé d'estomac, à l'Infirmierie de Porte, par le Docteur RICHER.

4 ans auparavant avait commencé à avoir des douleurs survenant 3 heures après les repas. Pas de vomissements ni mœlena. Pas d'amaigrissement, pas d'asthénie.

Intervention : En octobre 1929. Incision de Mac Burney, puis incision sous-ombilicale médiane. On trouve ulcère perforé juxta-pylorique. Enfouissement en 2 plans ; G. E. A. P. au bouton. Drainage.

Depuis bonne santé, mais, le 25 janvier 1932 : Etourdissement, malaise général très pénible, émission très abondante de matières mêlées de sang.

Amené d'urgence à l'Hôpital, est mis au repos. Pas de nouvelles hémorragies. Très pâle, lèvres décolorées. T. A. 10,5/5,5. Abdomen très souple sans point douloureux.

3 février 1932 : Pas de nouvelle hémorragie. Moins pâle. On recueille ses premières selles pour un Weber. Résultat : positif.

5 février 1932 : Le malade reprend et a des couleurs.

D'après l'examen du Docteur PAILLARD, il semble que la complication hémorragique soit due à l'ulcère primitif (qui a été suturé après perforation, et qui continue à évoluer).

On écarte donc l'hypothèse d'un ulcère peptique de la bouche de gastro. Ce diagnostic est confirmé :

1° Par l'examen clinique : le malade n'a jamais souffert après ses repas, n'a jamais vomi ; cette hémorragie tardive est survenue sans aucun prodrome.

2° Surtout pas d'examen radiologique. La radioscopie montre en effet que la bouche de gastro fonctionne parfaitement et évacue complètement la baryte. Il ne passe rien par le pylore. On ne perçoit aucun point douloureux au niveau de la bouche, et celle-ci a gardé toute sa souplesse.

3° Les radiographies gastriques en série montrent un estomac en position verticale légèrement ptosé ; elles révèlent une dilatation de l'anse pylorique. L'attention est surtout attirée du côté du bulbe duodénal, sur lequel existe une encoche très nette, et qui se retrouve avec une constante régularité sur les 6 clichés.

En somme : il s'agit d'un malade porteur d'un ulcère pyloro-duodénal, qui s'est compliqué d'une perforation le 22 octobre 1929. Il a été pratiqué un enfouissement et une G. E. A. Les suites ont été excellentes à tous points de vue. La complication hémorragique qui survint il y a 3 semaines paraît donc relever de la continuation de son ulcère.

Le fait anormal et intéressant est qu'elle s'est produite brusquement, en pleine santé apparente. On en trouve une explication plausible par le fait que le transit digestif était complètement assuré par la gastro dans des conditions satisfaisantes. L'ulcère duodénal était par conséquent au repos complet et a pu évoluer à bas bruit sans attirer l'attention du malade.

Devant ces faits, on a donné au malade un traitement reconstituant pour le remettre de son anémie. A l'heure actuelle, on lui propose une intervention chirurgicale, indiquée pour les raisons ci-dessus énoncées. Le malade refuse. On l'envoie au repos en lui demandant de revenir se montrer tous les 15 jours, et en lui signalant le danger.

Dans ce cas, en effet, le traitement rationnel consisterait :

a) Soit dans une gastropyloréctomie, qui enlèverait la lésion ;

b) Soit tout au moins dans une exclusion du pylore, qui ne nuirait en rien au transit digestif, puisque la gastro fonctionne bien, et qui isolerait complètement le foyer ulcéreux évolutif.

Cette dernière intervention ayant encore l'avantage de

constituer le meilleur traitement prophylactique de ces hémorragies duodénales.

OBS. 63. — B... Antoine, 29 ans. Entre le 6 août 1929 pour ulcère perforé.

Antécédents : A présenté il y a 1 an 1/2 : crises abdominales douloureuses analogues à celle-ci qui cessa au bout de 2 jours. Souffre de l'estomac depuis 8 ans : certainement un ulcère.

Intervention : 6 août 1929. Incision iliaque transversale basse. Appendice sain. 2 drains dans le Douglas. On se porte sur l'estomac et on découvre perforation du duodénum au niveau de la deuxième portion. Suture. Epiplooplastie. G. E. A. P. au bouton. Fermeture totale.

31 août 1929 : Sort guéri.

29 novembre 1929 : Revient pour une éventration. Se plaint en outre de brûlure d'estomac survenant 3 heures après les repas.

2^e *intervention* : 6 décembre 1929 (Docteur BONNET). Il s'agit d'une éventration réductible. Ouverture du sac qui forme un diverticule du péritoine communiquant avec le grand ventre par un orifice qui a les dimensions et la forme d'une paupière entr'ouverte. On ferme par capitonnage les bords de cet orifice, puis on resèque les lèvres du diverticule. On recherche avec soin les rebords du muscle profond et superficiel, que l'on libère du péritoine, et que l'on reconstitue de façon méthodique, à 2 plans.

23 février 1930 : Revient parce qu'il souffre à nouveau de l'estomac.

Radioscopie (Docteur JAPIOT) : Bouche de gastro fonctionne bien : bonne évacuation. On renvoie le malade chez lui sans intervention.

Le 28 novembre 1932 : Revu. Va bien au point de vue gastrique, digère bien. Est atteint de tuberculose pulmo-

naire droite, pour laquelle il est soigné dans le service du Docteur GRAVIER. A conservé son bouton pendant 3 ans, pendant lesquels il a présenté des troubles gastriques. Evacuation il y a 3 mois. Depuis ne souffre plus.

Radioscopie (Docteur BERNAY) : Estomac de dimensions normales, sans anomalies de contours ; péristaltisme lent à s'installer, donnant une évacuation uniquement pylorique. Bulbe duodénal normal.

Obs. 64. — C... Gaston, 27 ans. Entre le 28 août 1925 pour perforation gastrique.

Antécédents : Souffrait depuis 6 mois de douleurs gastriques à type d'ulcère.

1^{re} intervention : Le 28 août 1925 (Docteur VERGNORY). Ulcère pylorique perforé. Enfouissement. G. E. A. au bouton. Drainage.

Le 21 septembre 1925 : Sort guéri.

31 mars 1927 : Revient se plaignant de troubles gastriques presque continus depuis l'intervention. Amaigrissement progressif très marqué. Jamais de vomissements, ni hématemèse, ni mœléna.

A l'examen : On ne constate rien d'anormal. Pas d'événtration, pas de point douloureux.

Radioscopie : Montre que la bouche de gastro fonctionne bien. Aucune image anormale.

2^e intervention : 15 avril 1927 (Docteur VERGNORY). Incision longitudinale médiane. Ouverture du péritoine gênée par de nombreuses adhérences entre épiploon, foie et face antérieure de l'estomac. On libère ces adhérences et on constate la présence d'un ulcus pylorique qui se traduit extérieurement par une cicatrice péritonéale et à palpation par induration. On fait une pylorectomie, décollant la tranche duodénale jusqu'au pancréas. Fermeture en 3 plans.

Depuis cette date pas de nouvelle du malade,

OBS. 65. — D... Ernest, 46 ans. Opéré de perforation gastrique datant de 10 heures, le 7 mai 1930.

Intervention : Le 7 mai 1930 (Docteur PEYCELON). A. G. Ether. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Perforation du volume d'une lentille sur la face antérieure du pylore. Suture à 2 plans au catgut. G. E. A. P. au bouton. Un drain sus-pubien.

20 mai 1930 : T. 39°. Point de côté à gauche ; gros râle pleuro-pulmonaire dû probablement à un infarctus (Docteur CROIZAT).

28 mai 1930 : Les signes pulmonaires persistant, on fait une ponction qui ramène un pus fétide très épais.

Radioscopie : Le 30 mai 1930 (Docteur NOVEL) : Base gauche immobilisée ; diaphragme légèrement surélevé ; pas de niveau liquidien. Il ne semble pas qu'il y ait d'épanchement pleural. Pas de B. K. dans les crachats.

Intervention : Le 2 juin 1930 (Docteur PEYCELON). Incision de la tuméfaction. Il s'écoule un verre de pus très fétide entouré d'une coque très épaisse. Dans la profondeur le gril costal est dénudé, mais aucune communication avec la plèvre ou la région sous-phrénique. Tamponnement.

Suites opératoires : Chute de température. Relèvement de l'état général. Une deuxième *radiographie* montre une cavité pleurale indemne.

3 juillet 1930 : Le malade part chez lui en voie de complète guérison.

1932 : *Réponse* : Conserve de petites douleurs gastriques intermittentes. Pas de vomissements ni hémorragie. A engraisé.

OBS. 66. — De C..., 22 ans. Entré à l'Hôtel-Dieu le 28 mars 1930 pour péritonite aiguë généralisée.

Intervention : Le 28 mars 1930 (Docteur DESJACQUES). A. G. Ether.

1° Incision de Max Schuller. Liquide séro-purulent dans l'abdomen. Appendice peu malade. Appendicetomie avec enfouissement. Gros drain plongeant dans le Douglas.

2° Incision sous-costale. Il s'agit d'un ulcère perforé duodéno-pylorique. Suture de l'ulcère. G. E. A. P. au bouton de Jaboulay. Un drain sous-hépatique. Fermeture au crin.

Suites opératoires : Le 14 avril 1930 : Simples au point de vue abdominal. Le malade a fait ses gaz le 2° jour. Au point de vue pulmonaire : existence d'une grosse congestion de la base droite. Aujourd'hui apyrexie. Encore quelques râles sous-crépitaux à la base du poumon.

18 avril 1930 : Le malade, parfaitement cicatrisé, quitte le Service guéri.

1932 : *Revu* : a engraisé, guérison complète.

OBS. 67. — B..., 21 ans. Amené à l'Infirmierie de Porte de l'Hôtel-Dieu le 30 avril 1930, pour syndrome douloureux abdominal, ayant débuté il y a 7 h.

Antécédents : Passé gastrique net.

Intervention : 30 avril 1930 (Docteur PEYCELON). Incision sus-ombilicale. Perforation de la dimension d'une lentille, siégeant sur la face antérieure de la jonction duodéno-pylorique, et reposant sur une zone calleuse de la dimension d'une pièce de un franc. Enfouissement de la perforation par deux plans au catgut. Epiplooplastie. G. E. A. P. au bouton. Un drain sus-pubien.

Suites : Congestion pulmonaire de la base droite.

4 mai 1930 : Ablation du drain.

14 mai 1930 : Sort cicatrisé.

1932 : *Revu* : Guérison parfaite.

OBS. 68. — I. D., 32 ans. Opéré à la Porte le 27 avril 1931 par le Docteur CLAVEL : ulcère perforé du duodénum.

Intervention : Ulcère perforé à la 5^e h. Laparotomie sus-ombilicale, débridement du Droit, Rio-Branco. Ulcère de la première portion duodénum, avec vaste perforation. Fermeture sans drainage après G. E. A. P. au bouton. Fermeture fil métallique et catgut sans drainage.

Suites opératoires : Complications pulmonaires les 4 premiers jours ; simples au point de vue abdominal.

25 juillet 1931 : Malade a présenté quelques douleurs après les repas ; pas d'éventration. Bon état général.

Radioscopie (Docteur LÉVY) : Image gastrique normale ; bulbe duodénal déformé avec image étoilée. Bouche de gastro continente. La traversée commence 10 m. après l'ingestion. Pas d'image anormale au niveau de la bouche.

19 avril 1932 : Malade revient parce qu'il souffre environ 3 heures après les repas. Le matin crise douloureuse. Pour M. PAILLARD, il peut s'agir de trois hypothèses :

- 1° Douleurs de périgastrique ;
- 2° Ulcère duodénal continuant à évoluer ;
- 3° Mauvais fonctionnement de la bouche de gastro.

Il est cependant probable qu'il s'agit d'un ulcère peptique de la bouche de gastro.

Une radioscopie pratiquée confirme ce diagnostic et justifie l'intervention itérative.

Intervention : 20 avril 1932 (Docteur CLAVEL). A. G. Ether. Laparotomie sus-ombilicale : région fibro-duodénale adhérente au foie et à l'épiploon. On se porte alors à la poche de gastro, qui est réduite aux dimensions d'un crayon. Il semble que l'ulcère duodénal n'est plus en activité et que les troubles soient dus au rétrécissement de la gastro.

On suture transversalement la bouche faite au jéjunum qui, de ce fait, ne paraît pas notablement rétréci. Puis G. E. A. P. large à la suture.

Fermeture à 3 plans.

3 mai 1932 : Accidents pulmonaires transitoires.

12 mai 1932 : Malade va très bien.

Radioscopie (Docteur PAILLARD) : La bouillie passe très rapidement et très largement par la bouche de gastro. Il ne passe qu'un très petit filet par le pylore.

28 mai 1932 : Etat gastrique excellent.

OBS. 69. — G... Alexandre. Entre à l'Infirmierie de Porte le 18 octobre 1923, à 13 h., pour ulcère perforé.

Antécédents : Troubles gastriques depuis 8 jours seulement.

Intervention : 18 octobre 1923, 13 h. 1/2 (Docteur ROCHET). A. G. Ether. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Petit ulcus prépylorique. Pas de liquide dans le ventre. Suture à 3 plans de la perforation. G. E. A. P. au bouton. Drain sous-hépatique. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires : Broncho-pneumonie pseudo-lombaire de la base droite.

Le 1^{er} novembre : Température commence à baisser.

22 janvier 1923 : Sort guéri. Lésions pulmonaires terminées.

26 janvier 1924 : *Revu* : digestion normale. E. G. excellent. Petite éventration.

16 août 1924 : *Revu* : même état.

Pas de nouvelles depuis cette date.

OBS. 70. — C... Joannès, 57 ans. Entre à la porte le 10 juin 1929 pour ulcère perforé.

Intervention (Docteur MICHON) : Laparotomie médiane épigastrique, perforation de la petite courbure assez importante. Base indurée.

1° Résection de l'orifice ; fermeture au catgut par plicature à 2 plans. G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien. 500 cc. de liquide extrait.

15 juin 1929 : Fait une éventration totale de tous ses plans. Mèche, 1 crin.

21 août 1929 : Sort guéri.

Pas de nouvelles depuis cette date

OBS. 71. — L... Romano, 30 ans. Entre à l'Infirmierie de Porte le 18 janvier 1929, pour perforation gastrique.

Aucun passé gastrique.

Intervention (Docteur BERTRAND), 18 janvier 1929, 5 heures. A. G. Kellen. Ether. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Perforation lenticulaire sur face antérieure du pylore. Enfouissement sous 2 bourses. G. E. A. P. au bouton. Incision sus-pubienne. Drainage.

Suites opératoires : Ablation du drain au 6^e jour.

1^{er} février 1929 : Ablation des fils.

4 février 1929 : Apparition de mœléna; le pouls s'accélère à 95.

6 février 1929 : Le mœlena s'accroît encore. Transfusion de 100 cc.

2^e *intervention* : 7 février 1929 (MM. BERTRAND, FREYDEL). Le malade ayant saigné abondamment, il paraît logique de faire chez lui une nouvelle intervention A. L., insuffisante par la suite, mais qui permet de donner de l'éther goutte à goutte à la Reine. Gastropyloréctomie passant à 2 cm. à droite de la bouche de gastro. Duodénum enfoui sous 3 plans. Un drain est laissé au contact du moignon duodénal. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires : 2^e jour, ablation du drain ; 3^e jour, vomissements abondants. Ballonnement sus-ombilical. Lavage d'estomac, sérum.

4^e jour, nouveau lavage d'estomac. Les phénomènes gastriques disparaissent.

16 février 1929 : Apparition d'une fistule duodénale. Température à 39°9.

Traitement à l'insuline. 15 unités par jour sous-cuta-

nées, avec 500 cc. chaque jour. Traitement au CaCl_2 : 7 grammes par jour.

Le 9 mars : On cesse le traitement à l'insuline. La T. est à peu près normale. La plaie se cicatrise bien ; la fistule se tarit de jour en jour.

19 mars 1929 : On cesse le traitement au CaCl_2 : la fistule se tarit progressivement.

26 juin 1929 : Sort guéri.

Pas de nouvelles depuis cette date.

OBS. 72. — P..., 41 ans. Entre à la Porte le 26 décembre 1929, pour ulcère perforé.

Intervention (Docteur LABRY) à la 28^e h. Laparotomie médiane, avec débridement latéral droit. Inondation de liquide gastrique dans tout le péritoine. La perforation siège très profondément sur la face postérieure de l'estomac, au niveau du cardia. On arrive à placer un point de suture qui oblitère mal, car la paroi gastrique très infiltrée se déchire. Fragment épiploïque pour obturer. G. E. A. P. au bouton.

E. G. : Grave.

Suites opératoires : 8^e jour : Malade fait un mœlena de 3/4 de litre environ.

7^e jour : Ablation des mèches qui découvre un long trajet fistuleux donnant sur la perforation. Petite fistule gastrique haute.

12^e jour : Reprend son alimentation.

30^e jour : Chute du bouton.

20 février 1930 : Sort guéri.

22 mai 1930 : Revient parce qu'il souffre de l'estomac : douleurs très violentes, vomissements très abondants, constipation. A l'examen : point douloureux épigastrique à droite de l'ombilic.

Radioscopie : Estomac à contours nets ; on ne voit fonctionner aucune bouche de gastro ; évacuation filiforme par le pyllore.

Intervention : Le 1^{er} juin 1930 (Professeur TIXIER, Docteurs BERTRAND, FREYDEL). Laparotomie sus-ombilicale médiane : l'entrée dans le ventre en péritoine libre ne peut se faire qu'en se portant très à droite et en bas. Il existe une synéchie presque complète entre la face antérieure de l'estomac et le péritoine pariétal. On arrive à reconnaître que l'ulcère de la petite courbure a été fermée par la face inférieure du lobe gauche du foie.

On recherche la G. E. A. On ne trouve qu'un tractus fibreux réunissant l'anse jujénale à la face postérieure de l'estomac.

On établit à la suture une large G. E. A. P. Fermeture du ventre en un seul plan plan des points métalliques renforcés au point de suture par des crins de Florence.

Depuis cette date, pas de nouvelles.

OBS. 73. — P... Marius, 55 ans. Entre le 13 mai 1927 à la Porte pour appendicite.

Intervention (Docteur POLLOSSON). Incision Max Schuller. A l'ouverture : appendice sain, mais liquide louche. On prolonge l'incision sur le bord externe du Droit, jusque dans l'hypochondre. On découvre une perforation sur la première portion du duodénum. On essaie d'enfouir par quelques points qui tiennent mal. On attire le ligament rond du foie, et on le fixe au-devant de la perforation. Une mèche au contact. Un drain à la partie inférieure du côté de la fosse iliaque. Fermeture rapide sans gastro, en 2 plans, au fil métallique.

Suites opératoires : Simples, à par un foyer de congestion pulmonaire rapidement guéri.

Pas de nouvelles depuis cette date.

OBS. 74. — R... Joannès, 24 ans. Entre à la Porte le 12 mai 1924 pour douleurs abdominales violentes.

Pas de passé gastrique.

Intervention : 12 mai (Docteur ROCHET). Incision Max Schuller. A l'ouverture du péritoine : issue abondante d'un liquide louche ; appendice sain. Appendicectomie rapide. Gros drain dans le Douglas.

2° Incision médiane sus-ombilicale : On trouve facilement une perforation lenticulaire face antérieure à région pylorique. Base de la perforation indurée sur un espace des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50. Suture de la perforation en 2 plans, sans exérèse. G. E. A. P. au bouton. Drainage sous-hépatique.

Suites opératoires : Le 4 juin 1924 : le malade fait un infarctus pulmonaire ; point de côté coïncidant avec une élévation de température. A l'auscultation : matité de l'hémithorax droit. Souffre dans la fosse sous-épineuse. Pas de râles. Egophonie et pectoriloquie.

18 juin 1924 : Sort guéri de son ulcère, porteur d'un épanchement à la base droite.

18 juillet 1924 : Revu : pleurésie guérie, va bien au point de vue gastrique.

Pas de nouvelles depuis cette date.

OBS. 75. — G... Marcel, 26 ans. Opéré à la Porte par le Docteur CLAVEL, le 20 janvier 1930, pour ulcère perforé du duodénum, à la 20^e heure.

Intervention : Incision de Jalaguer, liquide blanc d'odeur aigrette dans le ventre. Appendice sain. Appendicectomie rapide ; un gros drain dans le Douglas.

Laparotomie sus-ombilicale : ulcère perforé de la première portion du duodénum. Base indurée très étendue. On ne peut faire un véritable enfouissement. On fait une gastroplicature pour oblitérer la perforation ; 2 mèches sous-hépatiques. G. E. A. P. au bouton de Jaboulay.

Suites opératoires : Très bonnes. 5^e jour : ablation du drain sous-hépatique.

Le 8^e jour : Fistule gastrique de peu d'importance. Cure

à l'insuline continuée pendant 3 jours, que l'on reprend de nouveau au 13^e jour pendant 3 jours.

10 février : Fistule gastrique guérie.

5 mars 1930 : Sort guéri.

Pas de nouvelles depuis cette date.

OBS. 76. — B... Jean, 44 ans. Entre salle Saint-Philippe le 11 septembre 1922.

Depuis 6 mois, a maigri, a perdu l'appétit. Parfois vomissements.

En août 1922 : hématomène mœlena.

Examen : Abdomen ballonné à l'hypogastre. Douleurs à la pression. T. 37°8. Pouls hypotendu, inégal, 80-90. Malade émacié, aspect de nerveux.

Intervention (Docteurs BONNET, CREYSSEL). Incision sus-ombilicale. Œdème de la paroi : à l'ouverture du péritoine, liquide laiteux. Petite courbure indurée d'où sort liquide et gaz. Drain sous le foie au contact de la perforation. Pas de G. E. A. car petite courbure n'est pas distendue. Incision sus-pubienne : on retire 1.200 cc. de liquide à l'aspirateur de Villard ; 2 gros drains dans le Douglas.

Suites opératoires : Le 11 septembre : ablation des drains du Douglas.

10 novembre 1922 : Le malade se lève ; a engraisé de 4 à 5 kgs. Événtration épigastrique.

26 avril 1923 : Malade revient parce qu'il souffre et vomit de temps en temps.

Réintervention en mars 1923 (Docteur BONNET). Gastropyloréctomie.

11 janvier 1924 : Le malade est revu bien portant ; conserve une grosse événtration qui le gêne peu.

Le 21 novembre 1932 : *Revu* : depuis va bien. Examen radiologique (Docteur BERNAY) : estomac en cascade de gastropyloréctomie. Le remplissage du grêle apparaît

nettement dans les 2 anses. Il subsiste un diverticule s'insérant sur la petite courbure et qui paraît être constitué par une corne due à la suture gastro-jéjunale.

OBS. 77. — G... André, 35 ans. Entre le 11 février 1922.

Antécédents : Depuis novembre 1921, douleurs d'estomac.

Dans la soirée du 10 février 1922, apparition brusque de douleurs violentes, sans vomissement.

Intervention : A 3 heures du matin (Docteur BONNET-DEVAUX). Ventre rempli de liquide clair. Orifice qui siège au niveau de la petite courbure (dimensions d'une pièce de 5 fr.). Suture par catguts au voisinage de l'orifice. Drainage.

13 mars : Part convalescent à Longchène.

28 juin : Malade revu : état général parfait, paroi solide, sans éventration.

17 décembre 1922 : Revu à nouveau avec sténose pylorique : radioscopie montre estomac descendant très bas. G. E. A. P. secondaire.

Intervention : 31 décembre 1932 (MM. BONNET, BOURRAT, BARBIER). Incision très bas de façon à être loin de la zone d'adhérence. G. E. A. P. Fermeture minutieuse de la paroi. On essaie de reconstituer une paroi musculaire.

Suites : Phénomènes pulmonaires. Les jours suivants la température tombe. Etat général s'améliore, et par en convalescence. Tout alla jusqu'en octobre : à ce moment, nouveaux troubles. Amaigrissement.

Depuis cette date, pas de nouvelles.

OBS. 78. — Y... Charles, 25 ans. Malade opéré d'urgence à la Porte par le Docteur BONNET, pour ulcus de l'estomac.

Antécédents : A 9 ans avait été opéré de hernie double.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 18 avril 1922 ; depuis 15 jours souffrait et digérait mal. Le 17 avril avait été pris de douleurs violentes.

Intervention : 18 février (Docteur BONNET). Laparotomie sus-ombilicale médiane. Flots de liquide purulent avec corps étrangers péritonéaux et gaz à l'ouverture du péritoine. Ulcération blanchâtre près de la petite courbure, avec beaucoup de liquide. G. E. A. P. Assèchement partiel, fermeture totale. Position assise.

17 avril : Etat amélioré.

27 avril : Début d'éventration qui se manifeste par douleur subite ; en même temps signes d'énorme abcès dans le Douglas.

26 avril : On discute si on ouvrira l'abcès par voie sus-pubienne ou par le rectum.

Intervention : 28 avril (Docteur BONNET). A. G. Ether. Incision au ciseau : évacuation au dilateur de Tripier d'une énorme collection (2 litres pus fétide). Drain.

10 mai : Evacuation abondante de pus bien lié.

24 mai : Le malade sort en conservant une plaie en voie de cicatrisation. Viendra se faire panser.

12 novembre 1922 : Le malade est rencontré dans la rue par le Docteur BONNET, apparemment très bien portant.

Depuis cette date, pas de nouvelles.

OBS. 79. — B... Pierre, 23 ans. Entre le 24 juin 1928, salle Saint-Louis, pour syndrome abdominal aigu.

Pas d'antécédents gastriques.

Intervention : Le 25 juin 1928 (Docteur LAROYENNE). Incision de Mac Burney : il s'écoule une grande quantité de liquide louche ; pus dans le Douglas. Appendice sain.

Incision sus-ombilicale médiane. Volumineux ulcère du duodénum avec perforation des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50. On peut faire un enfouissement total de

l'ulcère et l'on oblitère avec ce que l'on peut : épiploon, vésicule.

G. E. A. P. au bouton.

Drainages multiples : 2 sus-ombilicaux, 1 sus-pubien, 1 par le Mac Burney, 1 dans la fosse iliaque gauche.

27 juillet : Malade sort guéri.

Intervention : 6 octobre 1931, au Service de Porte (Docteur LAROYENNE). Occlusion du grêle : résection d'une anse sphacélée, mais non perforée, bouton de Villard ; mise en place de 4 drains au contact du bouton et d'une mèche.

Suites opératoires : Excellentes. Quitte le service le 31 octobre 1931.

Le malade écrit le 5 novembre 1931 et donne d'excellentes nouvelles.

OBS. 80. — T... Beneditto, 27 ans. Entre le 29 juin 1929 pour ulcère perforé.

Antécédents : à type d'ulcère depuis 5 ans.

Intervention (Docteur POLLOSSON) : 10^e heure. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Ulcère perforé pré-pylorique, suture à 2 plans. G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien.

16 juillet : Température au-dessus de 38°, dans la fosse iliaque droite ; plastron induré.

2^e *Intervention* : A. G. Incision para-rectale droite ; évacuation d'une grosse collection suppurée du couloir pariétal colique droit. Pus épais s'écoule, à odeur fécaloïde. Drain.

20 juillet : Ablation des drains.

25 juillet : Ablation des mèches.

7 août : Sort guéri.

17 novembre 1932 : *Revu*. Va bien ; a engraisé de 3 kgs.

Radioscopie (Docteur GARIN) : Estomac vertical en J.

La bouche est bien placée et fonctionne normalement. Le bulbe pylorique a une forme normale, mais rien ne passe par le pylore. Pas de signes de périgastrite.

Obs. 81. — G... Benoist, 57 ans. Entre le 27 octobre 1931 pour perforation d'ulcère.

Antécédents gastriques nets à type d'ulcère depuis un an et demi.

Intervention : 27 octobre 1931 (Docteur CLAVEL). 26^e heure. Légère atténuation des signes hier soir, ulcère perforé bouché.

A. G. Ether. Laparotomie S. O. M. Ulcère perforé, bouché probablement par le foie, une portion à cheval sur le petit épiploon ; zone calleuse étendue. Fermeture par plicature gastrique. Fixation d'une languette hépatique et épiplooplastie ; 1 drain ; G. E. A. P. au bouton. Fermeture.

Un drain sus-pubien. Liquide en moyenne abondance. Prélèvement pour examen bactériologique.

Suites opératoires : Très simples. Température ne dépasse pas 38°.

2^e jour : Ecoulement bilieux par le drain sus-ombilical ; ablation du drain sus-pubien. C. A. Cl² et insuline.

Examen bactériologique (Mme CLAVEL) : Streptocoques à longues chaînettes.

5 novembre 1931 : Le traitement au C. A. Cl² (7 gr. par jour) et à l'insuline (30 unités par jour) a été continué. L'écoulement de la fistule duodénale est tari.

23 novembre 1931 : Sort guéri.

25 novembre 1932 : *Revu*. Va très bien ; a engraisé de 14 kgs en un an.

Radioscopie (Docteur GARIN) : Estomac de dimensions normales. Bouche de gastro, très à gauche, fonctionne bien. Pas d'évacuation par le pylore. Pas de déformation de la petite courbure, ni de l'antre.

Les cas qui ont opératoirement bien guéri

Obs. 82. — S... Etienne, 35 ans. Amené à l'Infirmierie de Porte de l'Hôtel-Dieu, le 25 octobre 1925, pour douleurs brusques au creux épigastrique.

Antécédents : Présente brûlures gastriques depuis 15 jours.

Intervention : 25 octobre 1925 (Docteur GUILLEMINET, Mlle CHEVASSU). Laparatomie transversale sus-ombilicale ; ulcère de la première portion duodénale. Après soulèvement du lobe carré du foie, issue abondante de bile et de liquide intestinal clair. Par contre, très peu de liquide dans le ventre. Le foie tamponnait la perforation. Diamètre de la perforation : 5 à 6 m/m.

Plusieurs points d'enfouissement au catgut. Epiplooplastie. Gastro complémentaire au bouton parce que canal rétréci. Drain *in situ* avec petite mèche. Gros drain sus-pubien.

Après l'intervention : extrémités non refroidies ; bon pouls.

Suites opératoires : Complications pulmonaires, expectoration purulente. Sort guéri au 20^e jour, ayant rendu son bouton au 11^e jour.

Le 6 janvier 1926, le malade revient pour éventration au niveau de l'incision de drainage sus-pubien. Porte une ceinture.

Le 8 janvier, *intervention* à ce niveau. Anesthésie locale (Docteur GUILLEMINET). Petite éventration à contenu épiploïque. L'orifice mesure 3 c/m de diamètre. Suture plan par plan.

Sort guéri 15 jours après.

Pas de nouvelle depuis cette date.

OBS. 83. — C... Jean, 33 ans. Entre le 17 novembre 1928 pour ulcère perforé.

Intervention (Docteur CREYSSÉL): A. G. Ether, Mac Burney. Appendice sain, liquide louche, inodore, en petite quantité. Appendicectomie. Fermeture autour d'un gros drain dans le Douglas. Laparatomie sus-ombilicale. Exploration de l'estomac. Petite perforation sur la face antérieure de la première portion duodénale. Suture renforcée par épiploon. G. E. A. au bouton, avec quelques points de renforcement en avant. Fermeture.

Le 10 décembre : Poussée thermique, collection du Douglas.

11 décembre : Evacuation spontanée du pus par l'anus.

Le 23 décembre : Sort guéri.

Revu : le 6 mars 1929. Va très bien au point de vue gastrique.

Depuis cette date, pas de nouvelles du malade.

OBS. 84. — A... Claudius, 36 ans. Entre à la Porte le 29 juin 1924 pour ulcère perforé.

Antécédents gastriques depuis 1912.

Intervention (Docteur RICARD). 10^e heure. Perforation pré-pylorique. Enfouissement à 2 plans ; G. E. A. au bouton. Drainage.

Le 25 juillet : Sort guéri.

Depuis cette date, pas de nouvelles de ce malade.

OBS. 85. — M... Sylvio, 37 ans. Entre le 4 février 1926, pour ulcère perforé.

Intervention (Docteur PERRIN) : 6^e heure. Suture et épiplooplastie. Pas de G. E. A. Drain et mèche sous-hépatique. Gros drain sus-pubien.

Suites : Ablation du drain sus-pubien au 3^e jour. Drain et mèche sous-hépatique, 8^e jour.

24 janvier 1926 : Sort guéri.

Pas de nouvelles depuis cette date.

Obs. 86. — T..., 31 ans. Entre le 15 mai 1926 pour ulcère perforé.

Intervention : (Docteur WERTHEIMER), à la 9^e heure. Laparotomie transversale droite. Suture. G. E. A. bouton. Drain sus-pubien.

Le 19 juin : Sort guéri.

Pas de nouvelles depuis cette date.

Obs. 87. — M... Bernard, 52 ans. Entre le 21 septembre 1927 pour péritonite. Passé gastrique datant de 12 ans.

Intervention : (Docteur BONNET).

Obs. 88. — Z... Armand, 28 ans. Entre le 27 mai 1924 pour péritonite.

Aucun antécédent gastrique. Il faut noter que le 25 mai, au cours d'une rixe, le malade fut roué de coups de pied dans le ventre, dont il porte encore les ecchymoses.

Intervention le 26 mai 1924 : (Docteur TAVERNIER), 8^e heure.

A. G. Ether. Laparotomie sus-ombilicale. Perforation arrondie de la dimension d'un poids, d'un ulcère calleux du pylore, sur le versant duodénal. Suture par un point en V, puis enfouissement par un surjet séro-séreux transversal. Le péritoine contenait une grande quantité de bile, épaisse, qui est évacuée à l'aspirateur. G. E. A. au bouton. Drain dans le Douglas : fermeture.

Suites opératoires : Excellentes.

Le 26 juin : Sort guéri. Depuis, pas de nouvelles de ce malade.

Obs. 89. — G... Georges, 28 ans. Entre le 11 novembre 1931 pour perforation d'ulcère.

Antécédents : Douleurs gastriques très violentes depuis 3 mois.

Intervention : (Docteur DE ROUGEMONT), le 11 novembre 1931, 3^e heure.

Incision médiane avec une branche transversale ; estomac gros, non affaissé ; peu de liquide. Perforation sur le duodénum ; enfouissement. G. E. A. P. au bouton. Fermeture 3 plans.

15 février 1932 : *Radioscopie* (Docteur PALIARD). Baryte, estomac à jeun. L'évacuation se fait par les deux orifices, d'abord par la gastro, mais en petite quantité ; ensuite et surtout par le pylore, dont le fonctionnement est encore et certainement gêné.

Suites opératoires excellentes.

25 novembre 1931 : Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 90. — B... Albert, 51 ans. Entre à l'Infirmierie de Porte de l'Hôtel-Dieu le 28 juillet 1931, pour ulcère perforé.

Intervention : 28 juillet 1931 (Docteur CLAVEL), 5^e h. A. G. Ether. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Ulcère peu calleux pré-pylorique ; perforation lenticulaire, enfouissement. Catgut, plus épiplooplastie. G. E. A. P. au bouton de Jaboulay. Drain sus-pubien. Liquide très abondant dans le Douglas ; prélèvement pour examen bactériologique.

Examen bactériologique : Pas de microbe à l'examen direct ; culture négative pour aéro et anaérobies.

Suites opératoires : 12 août 1931 : Sort guéri.

16 octobre 1931 : Revu, a engraisé de plusieurs kilogs. Digestions bonnes.

25 novembre 1932 : Revu. Souffre légèrement quatre heures après ses repas. Quelques renvois acides. Boit du vin et mange aliments très épicés.

Radioscopie (Docteur GARIN-BERNAY) : L'évacuation se fait à la fois par le pylore et la bouche située un peu à gauche. Bulbe pylorique un peu déformé. Bouche douloureuse à la pression. Bulbe duodéal normal.

OBS. 91. — M. Jean, 60 ans. Entre le 31 juillet 1931 pour ulcère perforé.

Passé gastrique ancien.

Intervention : Le 31 juillet 1931 (Docteur CLAVEL), 7^e heure.

A. G. Ether. Laparotomie médiane sus-ombilicale ; énorme ulcère calleux de la petite courbure, au tiers supérieur, de la grosseur d'une paume de main avec perforation de 0,50 c. Prélèvement, pour examen bactériologique, d'un liquide très abondant ; débris alimentaires. Oblitération précaire de la perforation par un plan total ; une plicature gastrique et cloisonnement foie, épiploon.

G. E. A. P. au bouton aussi haut que possible, car l'estomac est très déformé par la suture. Un drain sus-pubien ; 2 plans catgut et fil métallique.

L'examen bactériologique des liquides prélevés a montré streptocoque hémolytique.

Suites (15 août) : Très simples.

27 août : Complications pulmonaires.

Le 1^{er} septembre : Sort guéri.

10 octobre 1932 : *Réponse*. Quelques troubles dyspeptiques légers.

OBS. 92. — M. Marius, 38 ans. Entre à l'Infirmierie de Porte le 23 juillet 1931, pour ulcère perforé.

Intervention : Le 23 juillet 1931 (Docteur DE ROUGEMONT), 10^e heure. Ulcus pylorique perforé, sans trace d'inflammation ; fermeture. Drain pelvien. G. E. A. P. au bouton.

Suites opératoires : 24 juillet 1931 : Ablation du drain sus-pubien.

15^e jour : Vomissements bilieux, cependant le poulx est bon ; il n'y a ni ballonnement ni contracture de la paroi.

Le lendemain : Nouveaux vomissements sans signe particulier.

Le surlendemain : Emission du bouton.

Le 5 *septembre* 1931 : Revu. Bon E. G. ; engraisé de 3 kgs. Digestions un peu douloureuses.

OBS. 93. — D... Edouard, 38 ans. Malade entre à l'Infirmierie de Porte à l'Hôtel-Dieu, pour douleurs abdominales.

Pas d'antécédent gastrique.

Intervention (4^e heure), le 14 mai 1928 (Docteur RICHER).

Suture de l'ulcère. G. E. A. P. au bouton. Drainage sus-pubien.

Suites opératoires : Simples.

Pas de nouvelles.

OBS. 94. — P... Joanny, 29 ans. Entré à l'Infirmierie de Porte, pour péritonite.

Antécédents gastriques nets depuis plusieurs années.

Intervention à la 6^e heure (Docteur WERTHEIMER), 26 août 1932.

Laparotomie transversale droite. Liquide abondant dans le péritoine. Ulcère perforé pyloro-duodénal. Enfouissement à 3 plans. G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien.

Suites opératoires : Simples.

Sort le 24 septembre.

Pas de nouvelles.

OBS. 95. — P... Marius, 51 ans. Malade envoyé à l'Infirmierie de Porte pour ulcère perforé.

Antécédents : Douleurs à type d'ulcère depuis 1914.

Intervention : 25 juillet 1922 (Docteur TAVERNIER). Perforation d'ulcus à la face antérieure de l'estomac, datant de 9 heures, sans épanchement péritonéal de liquide. Résection de l'ulcère. Suture à 3 plans. Drain dans le Douglas.

Suites opératoires : Le 12 août.

12 août : Bronchite, bientôt améliorée.

19 août : Sort guéri.

1932 : Réponse : Quelques troubles dyspeptiques légers ; a engraisé de 10 kilogs.

OBS. 96. — C..., 47 ans. Opéré au Service de Porte le 31 mai 1931, d'un ulcère gastrique perforé, à la 4^e heure, par le Docteur PEYCELON.

Antécédents : Paludisme. Souffre de l'estomac depuis 30 ans.

Suites : Normales. Guéri le 15 juin 1931.

Pas de nouvelles depuis.

OBS. 97. — G... José, 28 ans, opéré à la Porte, le 28 mai 1925, par le Docteur RICARD.

Appendicectomie sans résultats.

Nouvelle incision. Perforation du duodénum.

G. E. A. P. au bouton. Drainage.

13 juin : Tuméfaction douloureuse de la parotide.

16 juin : Parotide bilatérale, glande sous-maxillaire enflammée.

Guéri le 6 juillet 1925.

Pas de nouvelles.

OBS. 98. — D... Jean, 41 ans. Opéré de perforation gastrique au Service de Porte de l'Hôtel-Dieu.

Antécédents : Douleurs gastriques depuis 1916.

Intervention : 27 juillet 1932 (Docteur LAROYENNE).

Peu de liquide dans le ventre. Quelques fausses membranes dans la région périgastrique. Ulcus perforé, petite courbure, fermeture de la paroi aux fils métalliques.

Suites opératoires : Suppuration pariétale.

10 septembre : Sort guéri.

OBS. 99. — G... Jean-Baptiste, 53 ans. Opéré à la Porte par le Docteur RICARD.

Intervention (14 janvier 1928) : Enfouissement de la perforation à 2 plans. Gastro au bouton. Drain au contact. Drainage sus-pubien.

Le 28 janvier 1928 : Peut partir avec un pansement. Pas de nouvelles depuis.

OBS. 100. — G.. Louis, 43 ans. Opéré d'urgence au Service de Porte par le Docteur MICHON, le 22 octobre 1928.

Crise abdominale douloureuse, constipation le 20 octobre. Vagues douleurs depuis 8 ans.

Intervention : le 21 octobre, à 22^e heure :

1° Laparotomie iliaque droite. Liquide louche sans odeur. Appendice sain. Un drain dans le Douglas.

2° Laparotomie épigastrique. Ulcère pylorique perforé bouché. Perforation lenticulaire. Enfouissement. G.E.A.P. au bouton. Fermeture totale.

21 novembre 1932 : Revu. Ne souffre plus de l'estomac, pas de vomissements, ni régurgitation acide.

Examen radiologique (Docteur BERNAY) : Estomac à péristaltisme net. G. E. A. déclive à l'union du corps et de l'antrum, assurant une évacuation rythmée et régulière : il passe très peu de baryte par le pylore ; toute la région de la petite courbure est normale. Le bulbe duodénal, par contre, présente d'énormes déformations : pseudo-diverticule à l'union de la base et de la grande courbure du bulbe. Il présente surtout une tache foncée entourée d'une tache claire. Ces signes semblent plutôt correspondre à l'ulcère actuel qu'à de la périiduodénite post-opératoire.

OBS. 101. — D... Louis, 24 ans. Malade opéré par le Docteur BERTRAND, pour perforation d'ulcère gastrique à la 5^e heure, le 21 août 1930.

Intervention : Le 21 août 1930 (éther). Incision sus-

ombilicale médiane. Enfouissement d'un ulcère de la petite courbure, à 2 c/m du pylore.

G. E. A. avec bouton. Un drain sus-pubien.

10 octobre 1932 : Réponse : Va bien.

OBS. — L... Jean, 30 ans. Entré le 9 juillet 1931, envoyé par le Docteur MEYER, de Villefranche-sur-Saône, pour perforation d'ulcère gastrique avec vomissements. Ventre de bois.

Suites opératoires : Normales.

Température : 38°5.

Le 13 juillet 1931 : On lève le drain sus-pubien.

Le 15 juillet 1931 : On change le grand pansement. On craint des phénomènes pulmonaires ; 3 injections de Weill-Doufour.

Le 18 juillet 1932 : Etat satisfaisant.

Le 20 juillet 1932 : Ablation des fils.

Pas de nouvelles depuis cette date.

OBS. 103. — P... Denis, 42 ans. Malade envoyé pour appendicite aiguë : douleur maxima fosse iliaque droite.

Intervention le 17 décembre 1924 (Docteur ROLLAND) : Rachi très bonne au début, insuffisante par la suite : Schleich.

Mac-Burney ; appendice sain. Liquide séro-purulent dans le péritoine, non odorant.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Ulcère calleux pylorique perforé. Suture à deux plans. Epiplooplastie complémentaire. Drain sous-hépatique. G. E. A. au bouton. Drain pelvien par le Mac Burney. Fermeture catgut et fils métalliques.

Pas de nouvelles depuis cette date.

OBS. 104. — A... Paul, 30 ans. Malade envoyé par le Professeur BÉRARD.

Antécédents : Rien à signaler.

29 octobre 1931 : Perforation classique d'ulcère, à minuit. Opéré 12 heures après par le Docteur ROLLAND, Service du Docteur COTTE.

Intervention : Le 29 octobre 1931 (Docteurs ROLLAND et REGAD). Ulcère perforé à la 12^e heure environ. A. G. à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Perforation pylorique du volume d'une tête d'épingle. Suture à 2 plans. Epliplooplastie complémentaire. Drain sous hépatique. G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien. Fermeture aux fils métalliques.

25 novembre : Sort de l'hôpital. Depuis, suites excellentes ; a repris 9 kilogs.

Janvier 1932 : Revu. Très bon état général ; a repris 9 kilogs. Aucune douleur, bon appétit. Vient à la consultation du Professeur BÉRARD pour avoir un emploi sédentaire au P. L. M.

A l'examen : Cicatrice sus-ombilicale chéloïdienne, mais solide.

OBS. 105. — G. André, 27 ans. Entre pour syndrome appendiculaire aigu, le 7 mai 1931.

Antécédents : Depuis 6 mois souffre de l'estomac.

Intervention : (Docteur ROLLAND), 7 mai 1931, 12^e h. A. G. à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale. Ulcus perforé, calleux et friable. Suture à 2 plans. Drain au contact. G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien.

Le 30 mai 1931 : Sort guéri.

Pas de nouvelles depuis.

OBS. 106. — D... Henri, 51 ans. Entre le 28 avril 1931, pour appendicite aiguë.

Antécédents gastriques nets.

Intervention : 28 avril 1931 (Docteur ROLLAND), 17^e heure. A. G. Schleich : laparotomie sus-ombilicale. Il s'agit d'un ulcus duodénal perforé sur 1 c/m de dia-

mètre. Suture assez précaire de la perforation, aussi on laisse un drain et une mèche au contact.

G. E. A. P. au bouton. Drainage sus-pubien.

23 mai 1931 : Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 107. — D... René, 39 ans. Entre le 10 octobre 1932 pour ulcère perforé.

Intervention : 2 octobre 1932 (Docteur CIBERT), 2^e heure. Quantité considérable de liquide gastrique dans le péritoine. Perforation lenticulaire sur ulcus pylorique de la face antérieure. Callosité de la surface d'une pièce de 5 francs. Enfouissement. Bouton. Drainage sus-pubien.

3 novembre 1932 : Sort guéri.

OBS. 108. — S... Francis, 22 ans. — Entre le 20 octobre 1932 pour ulcère perforé.

Intervention : (Docteur CIBERT), 8^e heure. Syndrome typique d'ulcère perforé. Perforation lenticulaire sur un ulcère calleux occupant la face antérieure du pylore. Enfouissement. G. E. A. bouton. Drain sus-pubien.

Le 2 octobre 1932 : Sort guéri.

OBS. 109. — P... Georges, 33 ans. Entre le 15 avril 1932 pour ulcère perforé.

Intervention : Le 15 avril 1932 (Docteur CLAVEL). A. G. à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale. Ulcère pylorique face antérieure, peu calleux. Suture 2 plans. Epiplooplastie. Fermeture à 3 plans. Catgut plus fil métallique. G. E. A. P. au bouton. Drainage par contre-incision de Marc Burney dans la fosse iliaque droite. Liquide très abondant. Un drain dans le Douglas. Un drain dans la gouttière pariéto-colique.

Suites : Normales.

2 mai 1932 : Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 110. — G... François, 41 ans. Entre le 14 avril 1932 pour ulcère perforé.

Antécédents : Aucun passé digestif.

Intervention : 14 avril 1932 (Docteur ROLLAND), 12^e heure. Laparotomie sus-ombilicale. Perforation qui admet l'index en partie bouchée par la face inférieure du foie. Suture à deux plans. Epiplooplastie. G. E. A. P. bouton. Drain sous-hépatique. Paroi au fil métallique. Drain sus-pubien.

Suites opératoires : Péritonisme pendant les 15 premiers jours, avec ballonnement. Température à 38°, qui cède au lavage d'estomac.

Le 10 mai 1932 : Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 11. — B... Fernand, 38 ans. Entré le 2 octobre 1929.

Intervention : 2 octobre 1929 (Douleur maxima fosse iliaque droite. Rachi, Mac Burney. Liquide louche dans le péritoine, cæcum rouge, exsudat purulent à la pointe de l'appendice, qui ne paraît pas particulièrement malade. Laparatomie médiane S. O. Ulcère duodénal perforé. Suture précaire en un plan et épiplooplastie; mèche et drain en contact. Appendicectomie.

Sorti le 30 novembre 1929.

Pas de nouvelles depuis.

OBS. 112. — M... Arthur. Entré le 28 juillet 1930.

Antécédents gastriques nets ; crises ulcéreuses rythmiques et périodiques. Hématémèses.

Début le 23 juillet 1930, à 10 heures du matin, par une douleur syncopale au creux épigastrique ; pas de vomissements.

Intervention : 25 juillet 1930 (Docteur CIBERT). Ulcus pylorique perforé (5^e heure). Enfouissement. G. E. A. au bouton. Drainage sus-pubien.

Novembre 1932 : Réponse : Va bien, souffrant cependant légèrement de l'estomac par période éloignées. A repris du poids.

OBS. 113. — F... Arthur, 22 ans. Entré le 28 juillet 1930.

Antécédents gastriques assez discrets depuis 7 semaines. Bonne santé antérieure. Début de l'affection le 23 juillet, à 6 heures du soir. Douleurs typiques.

Intervention : au Service de Porte (Docteur CIBERT), le 29 juillet. Ulcus pylorique perforé, opéré 1 h. 1/2 après le début. Enfouissement. Gastro au bouton. Drain sus-pubien.

Pas de nouvelles de ce malade.

OBS. 114. — L..., 30 ans. Entré le 24 décembre 1929.

Intervention : le même jour, 5^e heure.

Laparotomie médiane sus-ombilicale ; ulcère pylorique, suture à 2 plans. Péritonisation. G. E. A. P. bouton. Drain sus-pubien. Fermeture catguts chromés et fils métalliques.

Sorti le 14 janvier 1930.

Pas de nouvelles.

OBS. 115. — Mme B..., 53 ans. Vuë le 14 décembre 1927 pour troubles gastriques anciens, à caractère de dyspepsie ulcéreuse chez une nerveuse ptosée ancienne.

Traitement symptomatique : Reviendra si souffre.

18 janvier 1928 : Radioscopie : Estomac ptosé dans fosse iliaque gauche ; on voit une incision permanente à la partie moyenne, avec point douloureux très intense sur petite courbure. Pas de niche ; pas de déformation. On affirme ulcus.

Intervention : 25 janvier 1928 (Docteur SANTY). A. G. Schleich. Laparotomie sus-ombilicale. Gros ulcère première portion du duodénum juxta-pylorique. Sur la grande courbure, ulcère calleux à gros cratère. Paroi gastrique épaissie. On fait une G. E. A. P. à la suture, sans incident.

31 janvier 1928 : Suites médiocres, douloureuses dans les premiers jours ; puis, à partir du 5^e jour, troubles d'évacuation : vomissements.

Le 30, à 18 heures, rejet d'aliments sans bile. On est frappé par tension sous-costale gauche, d'une poche qui ne peut être que l'estomac. Une heure après : grands vomissements, puis brusquement, douleurs intolérables dans tout l'abdomen, et bientôt après contracture.

Revue à 20 heures : diagnostic ferme de perforation, mais sans localisation.

2^e *Intervention* : *Laparotomie* : liquide alimentaire dans le ventre. On vérifie l'ulcère duodénal, qui est intact. La gastro est intacte. On trouve une anse dilatée. On met un bouton au-dessus en pratiquant une jéjuno-jéjunostomie. Au moment où on va réintégrer l'ulcère, on voit jaillir le liquide gastrique dans l'arrière cavité des épiploons, et on découvre un ulcère de la face postérieure de l'estomac à la partie moyenne, qui est perforée par un gros orifice comme une pièce de 0 fr. 50. L'estomac est biloculaire à ce niveau et la gastro a porté sur la poche inférieure.

Enfouissement de la perforation à 2 plans au fil de lin, et une gastro-gastrostomie antérieure au bouton de Jaboulay. Malade très choquée.

27 février 1928 : Malgré gravité : suites simples, mais lentes.

Quitte la Clinique guérie, n'ayant pas encore expulsé de bouton.

21 mai 1928 : Revue très améliorée. A engraisé, repris des forces, accuse quelques piqûres dans l'hypochondre gauche.

Radioscopie : Les 2 boutons sont encore dans l'estomac. L'évacuation gastrique se fait très vite.

12 avril 1932 : Bon état ; a engraisé. Conserve quelques phénomènes douloureux.

Radioscopie : Il s'agit d'un état de la gastro qui, tout en étant perméable, est de petit diamètre. Pas de résidu à jeun.

10 octobre 1932 : Réponse : Va bien ; a engraisé.

OBS. 116. — R... Léon, 24 ans. Entre le 24 janvier 1926, pour ulcère perforé.

Intervention : (Docteur ALAMARTINE). Ulcère de la petite courbure. Suture de la perforation, un drain et une mèche sous le diaphragme. Un drain dans le petit bassin.

23 février 1926 : Quitte le service.

Parti sans adresse.

OBS. 117. — C... Jean, 24 ans. Entre le 27 septembre 1924 pour syndrome abdominal.

Antécédents : Brûlure gastrique depuis 15 jours.

Intervention : (Docteur MICHON), 5^e heure.

1° Incision de Jalaguier pour vérifier l'appendice, qui est long, mais sain.

2° Laparotomie sus-ombilicale : petit ulcère pylorique perforé, souple. Enfouissement. G. E. A. P. au bouton. Un drain, une mèche.

3° Drain sus-pubien. Aspiration de 100 grammes de liquide épanché, séro-purulent.

Pas de nouvelles depuis.

OBS. 118. — A... Marius, 51 ans. Entre à l'Infirmierie de Porte le 28 octobre 1922, pour un syndrome de perforation d'ulcère gastrique.

Antécédents gastriques nets. Sortait du Service de Médecine de M. SAVY, où il était soigné pour ulcère de l'estomac.

Intervention : 28 octobre, à l'Infirmierie de Porte. Laparotomie immédiate. Abdomen plein de sérosités louches. Gros ulcère calleux de la face antérieure du pylore perforé à son centre d'un orifice comme une grosse lentille. Suture à plans multiples difficile à réaliser. On complète par une G. E. A. P. au bouton. On constate alors une mésentérite rétractile très étendue, avec adhérences des anses grèles.

Suites opératoires : Excellentes au 2^e jour. Température à 37°, est toujours restée à ce niveau. L'alimentation fut reprise progressivement.

Le 15 novembre 1922 : Examen radioscopique (Docteur SAVY). On voit l'estomac se vider rapidement en quelques minutes par l'orifice de gastro. Quant au pylore, il ne semble pas fonctionner. On voit sous l'écran, en effet, des ondes péristaltiques et antipéristaltiques totalement inefficaces. Rien ne passe dans le duodénum.

Pas de nouvelles.

OBS. 119. — P... Joseph, 30 ans, 26 décembre 1923. Le malade entre dans le Service du Professeur BÉRARD, après une intervention d'urgence faite par le Docteur VERGNORY, à la Porte, à l'Hôtel-Dieu.

Intervention : Perforation d'ulcus duodéno-pylorique opéré à la 15^e heure. Ancien opéré du Docteur DELORE, qui lui fit une G. E. A., il y a 4 ans, pour sténose ulcéreuse. Depuis quelque temps, des vomissements discrets avaient reparu.

Laparotomie médiane sous-anesthésie à l'éther ; liquide trouble dans le ventre. Enorme ulcère induré. En-

fouissement difficile. Epiplooplastie. Un drain est laissé au contact de la zone de perforation. Aspiration et assèchement du ventre. Fermeture en un plan au fil de bronze.

Pas de nouvelles.

OBS. 120. — B., Charles, 39 ans, 20 février 1924, à l'Infirmierie de Porte de l'Hôtel-Dieu, pour syndrome de perforation classique.

Antécédents gastriques : Très nets depuis 5 ans. Douleurs à type d'ulcère, avec vomissements ; jamais d'hématémèse.

A l'examen : abdomen contracté ; pouls, à 100.

Intervention (Docteur SANTY). Petite quantité de liquide séro-purulent dans l'abdomen. Perforation du diamètre d'une lentille sur face antérieure du pylore, qui est le siège d'un très volumineux ulcère calleux. Suture à 3 plans. Enfouissement sous un paquet épiploïque. G. E. A. P. au bouton.

Pas de nouvelles.

OBS. 121. — B., Emile, 43 ans. Entre à l'Infirmierie de Porte le 4 mars 1923, pour syndrome abdominal.

Aucun *antécédent* gastrique. Excellente santé antérieure.

Intervention : 4 mars (Docteur CHALIER). Ventre de bois. On diagnostique une péritonite par perforation de l'étage supérieur. Laparatomie médiane sus-ombilicale. Issue d'une assez grande quantité de sérosité aérée et mousseuse, qui fait se diriger vers le duodénum. On découvre la face antérieure de la 1^{re} portion, à 2 c/m environ du pylore. Une perforation à l'emporte-pièce de 3 à 4 m/m de diamètre. Suture en bourse au catgut. Enfouissement et épiplooplastie. G. E. A. au bouton. Assèchement du ventre. Fermeture complète sans drainage.

15 mars : Point de suppuration au niveau de la plaie.

21 mars : Ablation des fils ; la plaie opératoire est presque cicatrisée.

Pas de nouvelles depuis.

OBS. 122. — A... Adolphe, 30 ans. Entré à l'Hôtel-Dieu le 7 avril 1924, pour ulcère pylorique perforé.

Antécédents : Depuis quelques semaines souffrait de l'estomac ; depuis 8 jours, douleurs accentuées.

Le 7 avril 1924 : Douleurs violentes et brusques au creux épigastrique. Ventre de bois.

Intervention : Laparatomie sus-ombilicale médiane. On reconnaît une perforation à l'emporte-pièce siégeant un peu à gauche de la saillie pylorique (dimension d'une tête d'épingle).

Suture avec des points en U à la soie, recouverts par des sutures épiploïques. G. E. A. au bouton.

28 avril 1924 : Le malade sort en bonne voie.

Pas de nouvelles depuis.

OBS. 123. — M... Charles, 28 ans. A été opéré le 26 juin 1927, à la 9^e heure, d'une perforation d'ulcère de l'estomac.

Suites opératoires : Excellentes.

1932 : Revu : très bon état général ; a repris 10 kilogs. Aucun trouble gastrique.

La radioscopie montre un estomac normal, avec une irrégularité de la petite courbure dans la région antrale, séquelle vraisemblable de l'enfouissement. L'évacuation se fait uniquement par la bouche anastomotique.

OBS. 124. — B... Alfred, 22 ans. Entre le 20 mars 1924 pour ulcère perforé.

Intervention : (Docteur VERGNORY), 3^e heure. Rachianesthésie excellente. Perforation d'ulcère de la grosseur

d'une pièce de 5 francs sur la face antérieure du pylore. Enfouissement très facile au catgut. Epiplooplastie. G. E. A. au bouton. Fermeture totale Depuis cette époque, pas de nouvelle du malade.

OBS. 125. — N... Antoine. Entre le 2 juin 1923 pour ulcère perforé.

Antécédents gastriques depuis 4 ans.

Intervention : (Docteur FAYOLLE), 4^e heure. Laparotomie sus-ombilicale, liquide et matières alimentaires dans le ventre (salade). Ulcère médio-gastrique ; petite courbure et face antérieure réalisant bilocaulation de l'estomac. Grosses adhérences. Difficulté d'extériorisation de l'estomac. Perforation de la grosseur d'un gros pois au voisinage de la petite courbure. Obturation de la perforation. Epiplooplastie. G. E. A. au bouton.

Depuis cette époque, pas de nouvelles du malade.

OBS. 126. — B... J.-B., 52 ans. Entre le 29 mai 1923 pour péritonite aiguë. Aucun passé gastrique.

Intervention : (Docteur FAYOLLE), 9^e heure. Incision médiane, perforation de la dimension d'un pois située nettement sur le versant duodénal du pylore. Suture par points perforants. Epiplooplastie. G. E. A. au bouton. Un drain.

Depuis cette époque : Aucune nouvelle du malade.

OBS. — R... Marc, 38 ans. Entre à la Porte de l'Hôtel-Dieu le 9 juin 1924, pour syndrome péritonéal.

Intervention immédiate.

Rachi-anesthésie ; perforation d'ulcus pylorique ; G. E. A. au bouton ; fermeture sans drainage.

Le 16 juillet 1924 : Sort guéri.

Depuis cette époque : Aucune nouvelle.

OBS. 128. — C... Joseph, 60 ans. Entre le 28 mai 1924, pour péritonite aiguë.

Antécédents gastriques aigus depuis deux mois.

Intervention : 28 mai. A l'ouverture du péritoine : issue de gaz, beaucoup de liquide louche ; suture de la perforation à la soie en 2 plans. Drainage sus-pubien.

1932 : Revu : Va bien ; a présenté simplement quelques vomissements passagers et espacés.

OBS. 129. — Z... Paul, 34 ans. Entre le 12 août 1932, pour ulcère perforé.

Intervention : (Docteur DESJACQUES), 6^e heure. Rachi. Incision médiane sus-ombilicale. Ulcère perforé du pylore. Suture G. E. A. au bouton. Fermeture 2 plans.

Aspiration par une incision sus-pubienne, puis fermeture totale sans drainage.

Suites opératoires : Simples, apyrétique.

Le 29 août : Sort guéri.

Novembre 1932 : Revu. Souffre après chaque repas, à horaire fixe, renvois acides ; pas de vomissements ; constipation.

Examen radiologique : (Docteur BERNAY). Le bouton n'a pas été évacué. L'évacuation se fait en grande partie par le bouton, très à gauche. L'anse jéjunale, qui lui fait suite, est dilatée et fait des plis (gastro-jéjunite). Pas de signe d'ulcère peptique. Bulbe duodénal normal. Petite courbure irrégulière au niveau de l'antre.

Gastro-photographie : 25 novembre 1932. Introduction de la sonde ; éclairage et éclatement corrects.

OBS. 130. — L... Raymond, 48 ans. Entre le 13 juillet 1932, pour ulcère perforé.

Intervention : (Docteur DESJACQUES), 8^e heure. Rachi. Incision sus-ombilicale médiane. Perforation 1^{re} portion

du duodénum. Enfouissement d'ulcère. G. E. A. au bouton. Fermeture 2 plans.

Incision sus-pubienne. Aspiration d'un demi-litre de liquide bilieux dans le Douglas, puis suture totale sans drainage.

Suites opératoires : Simples.

Le 23 novembre 1932 : Revu. Va très bien ; a engraisé de 9 kilogs depuis son opération.

Radioscopie : (Docteur GARIN). Le bouton est resté en place. L'évacuation se fait à la foi par le bouton et le pyllore. Bulbe pylorique déformé par l'enfouissement. Lacune de péritrite au voisinage du bouton.

OBS. 131. — C..., 27 ans. Entre le 14 juillet 1932 pour ulcère perforé.

Intervention (Docteur DESJACQUES), 4^e heure. Rachi : Incision médiane sus-ombilicale. Ulcère perforé duodénal. Enfouissement. Gastro au bouton ; fermeture en deux plans. Incision sus-pubienne. Aspiration de liquide (300 grammes). Fermeture.

Suites opératoires : Simples.

Le 1^{er} août : Sort guéri.

25 novembre 1932 : Revu. Souffre légèrement de l'estomac ; quelques renvois acides sans vomissement.

OBS. 132. — C... Ben Ahmed, 35 ans. Entre le 7 juin 1932 pour ulcère perforé.

Intervention : (Docteur DESJACQUES), 16 juin, 3^e heure. Rachi. Incision médiane sus-ombilicale. Ulcère perforé du duodénum, très loin à droite. Enfouissement difficile. G. E. A. du bouton. Une mèche au contact de la suture duodénale. Fermeture. Pas de drain sus-pubien.

Suites : Simples.

12 juillet : Sort guéri.

Pas de nouvelles depuis.

OBS 133. — V... Marius, 41 ans. Opéré le 7 février 1929, par le Docteur DESJACQUES.

Intervention : A. G. à l'éther. Incision sous-costale. Perforation de la région pylorique. Suture à 3 plans, plus épiplooplastie. G. E. A. P. au bouton. Un drain sous-hépatique, fil métallique et crin. Drainage sus-pubien.

Pas de nouvelles depuis.

OBS. 134. — M.. Eugène, 69 ans. Entre le 8 mai pour perforation gastrique.

Antécédents : Passé gastrique avec mœlena, il y a trois mois.

Intervention (Docteur WERTHEIMER), le 8 mai 1929, 10^h heure. Ulcère perforé de la région pylorique. Gros ulcère calleux. Enfouissement difficile renforcé par une couverture épiploïque. G. E. A. au bouton. Drain sus-pubien.

26 mai 1929 : Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 135. — B... Eugène, 60 ans. Entre le 12 mars 1929 pour perforation gastrique.

Antécédents : Souffre de l'estomac depuis 10 ans.

Intervention : 12 mars 1929 (Professeur PATEL), 23^h heure. A. G. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Estomac modérément distendu. Perforation toute petite qui siège sur le milieu de la petite courbure. Les bords sont indurés et on voit sourdre par l'orifice du liquide et des gaz. Suture de la perforation en 2 plans avec de la soie. Suture de frange épiploïque par dessus. G. E. A. au bouton.

27 mars 1929 : Sort guéri.

1932 : Réponse : Va bien ; a engraisé.

OBS. 136. — A... François, 52 ans. Entre le 4 août 1925 pour ulcère perforé.

Antécédents : Souffre de l'estomac depuis 1914.

Intervention : Le 2 août 1925 (Docteur PATEL), 23^e heure. Laparotomie sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe des gaz et on reconnaît à la partie supérieure de la petite courbure une tuméfaction très large, qui est manifestement un ulcère, avec au centre une perforation du diamètre d'un petit doigt. Liquide en grande quantité, sans débris alimentaire.

Aggrandissement immédiat de l'incision pour mettre bien en évidence la région. Tentative de suture à la soie. Le fil coupe, néanmoins on parvient à diminuer le calibre de la perforation. Pour compléter, on plaque un morceau d'épiploon contre l'orifice. G. E. A. au bouton. Fermeture totale.

Le 21 août : Sort guéri.

Revu le 21 novembre 1932. N'a pas souffert depuis l'opération. Depuis deux mois, vomissements quotidiens 2 heures après le repas et douleurs tardives ; pas de douleurs la nuit.

Examen radiologique : Remplissage normal. Evacuation rapide par la bouche de gastro. Bouche douloureuse à la palpation. Dans le décubitus ventral : bulbe duodénal très petit, très irrégulier, très mobile. Pas de signes de périgostile. Estomac petit.

OBS. 137. — B... Joseph, 27 ans. Entre le 15 mai 1925 pour perforation d'ulcère gastro-pylorique.

Antécédents : Symptômes d'ulcus depuis un an.

Intervention : 15 mai 1925 (Docteur VERGNORY). Malade vient à pied à l'Infirmierie de Porte, ne présentant qu'un minimum de symptômes. Perforation d'ulcère gastro-pylorique, face antérieure. Enfouissement très facile

de l'ulcère. G. E. A. P. au bouton. Aspiration de liquide abdominal. Fermeture sans drainage.

Le 1^{er} juin: Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 138. — M... José, 44 ans. Entre le 30 octobre 1925 pour douleurs gastriques.

Antécédents gastriques à type d'ulcère depuis 1911.

Intervention : le 30 octobre 1925 (Docteur VERGNORY), 7^e heure. Rachi excellente. Perforation d'ulcus pylorique. Enfouissement. Epiplooplastie d'une perforation lenticulaire siégeant sur la face antérieure d'un gros ulcère calleux pylorique. G. E. A. au bouton. Aspiration du liquide abdominal. Drainage. Fermeture partielle de la paroi.

2 décembre 1925 : Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 139. — G... Joseph, 30 ans. Entre le 25 octobre 1925 pour ulcère perforé.

Depuis 8 mois, douleurs gastriques aiguës, avec vomissements. Ni mœlena, ni hématomèse.

Intervention : 25 octobre 1925 (Docteur RICHER). Ulcéro-néoplasme juxta-cardiaque avec perforations multiples. Impossible de suturer, car la masse est plus grosse qu'une noix. Tamponnement par une compresse et drain au centre.

On ne fait pas de gastro pour limiter l'intervention, le pronostic étant apparu comme rapidement très mauvais.

On avait fait une incision d'appendicite et, par cette incision, on a mis un drain dans le Douglas.

Suipes opératoires : Très bonnes.

Le 9 novembre 1925 : Sort guéri.

1932 : *Décédé* en avril 1930, probablement de néoplasme secondaire de l'estomac.

OBS. 140. — K... Jean, 26 ans. Entre le 20 février 1927 pour ulcère perforé.

Antécédents : Pas de passé gastrique.

Intervention : Ulcère perforé du pylore ; suture sans gastro. Drain sous-hépatique. Drain dans le Douglas.

Sort le 16 mars, guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 141. — F... Louis, 36 ans. Entre le 15 octobre 1928 pour ulcère.

Intervention : (Docteur WERTHEIMER), 10^e heure. Laparotomie transversale droite. Liquide abondant bilieux et puriforme dans le péritoine. On est obligé de prolonger l'incision par une refente médiane, car il s'agit d'une énorme perforation de la petite courbure juxta-cardiaque. Volumineux ulcère calleux. Infiltration du petit épiploon. Impossible de suturer la perforation. On ferme tant bien que mal avec de l'épiploon, et on laisse une mèche au contact : G. E. A. P. du bouton. Drain sus-pubien.

Le 23 novembre 1928 : Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 142. — A... Jacques, 40 ans. Entre le 4 mai 1929 pour perforation gastrique.

Antécédents : Souffre depuis 15 ans de l'estomac.

Intervention : 4 mai 1929 (Docteur RICARD). Perforation d'ulcère pylorique, fermeture en bourse à 2 plans. G. E. A. P. au bouton. Drain *in situ*. Drain sus-pubien.

Le 30 mai 1929 : Quitte le service.

Pas de nouvelles.

OBS. 143. — M... Joseph, 52 ans. Entre le 29 octobre 1927 pour perforation gastrique.

Antécédents : Soigné dans le Service du Docteur SAVY,

il y a un mois, pour phénomènes douloureux de l'hypochondre droit, avec paroxysme et diarrhée.

Intervention : 28 octobre, 24^e heure. Foyer de péritonite séreuse entre la face antérieure de l'estomac et le foie. On sent au fond un ulcère en voie de perforation. Drainage.

3 décembre 1927 : Quitte le service.

Pas de nouvelles.

OBS. 144. — L..., 58 ans. Entre le 20 décembre 1920, pour ulcère perforé.

Antécédents digestifs depuis un an.

Il y a 10 jours, gros hématomèse avec syncope.

Intervention : 22 décembre 1920 (Docteur DELORE). A. G. à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale ; sous le foie, grosse perforation d'un ulcère juxta-pylorique d'une dimension d'une pièce de 0,50 c. entouré d'une infiltration calleuse considérable. Grande quantité de liquide dans le ventre. L'ulcère étant mobile, l'exérèse semble indiquée. La suture serait impossible et le Balfour une complication inutile. Pylorectomie. Billroth 2 avec G. E. A. P. au bouton. Fermeture.

24 décembre 1920 : Suites parfaites.

15 janvier 1921 : Sort guéri.

16 février 1921 : Le malade écrit qu'il a engraisé de 9 kilogs, ne ressent aucune douleur gastrique.

1932 : On apprend que le malade est mort depuis 5 ans.

OBS. 145. — M... Eugène, 39 ans. Entre le 24 octobre 1927 pour ulcère perforé.

Aucun antécédent gastrique.

Intervention 19 octobre (Docteur RICARD). Perforation gastrique pré-pylorique. Enfouissement deux plans. G. E. A. Bouton. Drainage sus-pubien.

3 novembre : Guérison parfaite.

Le 28 novembre 1932, revu. Ne souffre plus. Vomit souvent le matin après le petit déjeuner.

Radioscopie (Docteur GARIN) : estomac en cascade par grosse aérocolie; bouche déclive assurant une évacuation continue et très rapide. Rigidité de la petite courbure au niveau de l'antre. La Bouche anastomotique est située dans une sorte de dépression, signature d'un certain degré de périgastrite.

OBS. 146. — G... Alfred, 31 ans. Malade opéré à la Porte par le Docteur ALAMARTINE le 31 juin 1926, pour perforation d'ulcère duodéno-gastrique. Long passé gastrique. Perforation typique opérée à la 26^e heure, avec une grande quantité de liquide bilio-gastrique dans le péritoine, suture en deux plans G. E. A. P. au bouton. Drainage sus-pubien.

Suites : simples, à part une grosse suppuration de la paroi.

Pas de nouvelles.

OBS. 147. — D... Gaston, 18 ans. A son entrée : tableau typique de perforation. Entre le 5 décembre 1932 pour péritonite.

Intervention le 5 décembre, 24 h. Laparotomie sous-ombilicale sur laquelle on branche une incision transversale à droite. Ulcère pré-pylorique perforé actuellement oblitéré par des fausses membranes. Péritonite diffuse non suppurée dans le ventre. Sous les fausses membranes se trouve l'ulcère avec perforation au centre d'une zone cartonnée. Enfouissement, G. E. A. P. à la suture trois plans au catgut. Fermeture.

Pas de nouvelles.

OBS. 148. — B... François, 28 ans. Entre pour perforation gastrique.

Antécédents : long passé gastrique ancien.

Intervention : 20 octobre 1932. Laparotomie s. ombilicale sur laquelle on branche une section du Grand Droit, du côté droit. On tombe sur une collection bilieuse sous-hépatique. Sur la première portion du duodénum, près du pylore, zone cartonnée au centre de laquelle perforation des dimensions d'un pois, donnant lieu à issue de liquide. Cautérisation de la perforation en l'agrandissant environ trois fois. Enfouissement à deux plans de suture, total et séro-séreux; l'orifice pylorique étant très rétréci, on fait une G. E. A. P. au bouton. Drainage sus-pubien.

25 octobre : culture du liquide péritonéal : négative après 48 heures d'étude.

Pas de nouvelles.

OBS. 149. — T... Emile, 22 ans Entre le 10 août 1921, pour perforation duodénale.

Intervention : 10 août 1921 (Docteur COTTE). Appendicectomie. Laparotomie médiane sus-ombilicale, ulcère perforé du duodénum. Cautérisation. Suture à deux plans. Epiplooplastie, G. E. A. P. au bouton, drain dans le Douglas par l'incision appendiculaire.

28 novembre 1932, revu. Va bien. Poids stationnaire. Conserve des aigreurs depuis son opération, revenant par périodes courtes de quelques jours.

Radioscopie (Docteur GARIN, Docteur BERNAY). Estomac de dimensions normales. Boucle très près du pylore. Bulbe duodénal normal. Petite courbure souple et régulière. Eventration de la largeur d'une petite paume de main ne gênant pas le malade.

OBS. 150. — D... Paul, 31 ans. Entre le 4 janvier 1929 pour péritonite. Antécédents gastriques depuis 6 ans.

Intervention le 5 janvier 1929 (Docteur ALAMARTINE). Perforation survenue dans le service du Docteur CADE, au moment d'un lavage d'estomac. Ulcère perforé de la première portion du duodénum, sans aucune adhérence autour. Thermo-cautérisation de l'ulcère. Enfouissement. G. E. A. P. Un drain sous le foie.

19 janvier 1929 : sort guéri.

Mai 1932 : revu, va très bien. Radioscopie négative, la bouche de gastro fonctionne bien.

22 novembre 1932 : revu, présente quelques renvois acides. A vomi trois fois depuis deux mois. régime relatif, poids stationnaire. Radioscopie (Docteur BERNAY) : La bouche et le pylore fonctionnent; la bouche est située haut et très à gauche. Décentrement du pylore. Bulbe duodénal très irrégulier avec crevage analogue à une ruiche. Pas de signes de périgastrite.

Obs. 151. — B... Antoine, 49 ans. Entre le 16 octobre 1928 pour ulcère perforé.

Intervention : 16 octobre 1928 (Docteur ALAMARTINE). Laparotomie s. ombilicale, perforation lenticulaire au niveau de la zone duodéno-pylorique. On ne peut attirer l'estomac fixé dans la profondeur. Fermeture de la perforation par deux plans de suture. Epiplooplastie. Une mèche et un petit drain. G. E. A. P. au bouton. Drainage sus-pubien.

19 novembre 1928, sort guéri.

28 novembre 1932 : revu, ne souffre plus. A des régurgitations acides et vomit tous les jours depuis huit jours. Pas vomi de sang. Selles noires.

Radioscopie (Docteur GARIN) : estomac oblique, relativement petit, de contours nets, sans signe de périgastrite, évacuation rapide et continue par la bouche anastomotique. Pas d'évacuation par le pylore pendant la durée de l'examen.

OBS. 152. — M... Louis, 53 ans. Entre le 8 février 1925 pour perforation gastrique.

Antécédents : Aucun passé gastrique.

Intervention : Docteur RICARD, 6^e heure. Perforation juxta-pylorique, enfouissement à deux plans; G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien, mèche et drain au milieu de la perforation.

Suites : simples.

5 mars : sort guéri.

Réponse : Le fils de l'opéré nous apprend que son père est mort en 1932 d'un cancer d'estomac. Il s'agit donc d'une dégénérescence cancéreuse secondaire de l'ulcère survenue sept ans après.

OBS. 153. — G... Pétrus, 24 ans. Entre le 5 mai 1925 pour syndrome appendiculaire.

Intervention : Docteur MICHON.

1° Jalaguier : appendice sain. Appendicectomie : liquide sale en abondance. Long drain dans le Douglas.

2° Laparotomie s. ombilicale : l'exploration antérieure étant négative, décollement colo-épiploïque. Ulcère perforé de la face postérieure au niveau de la petite courbure. Enfouissement. Fermeture de la niche colo-épiploïque. Fermeture sans drainage.

20 mai 1925 : Présente une angine rouge avec érythème. Passe aux scarlatines.

Pas de nouvelles.

OBS. 154. — T... Marcel, 27 ans. Entre le 16 janvier 1925 pour ulcère perforé.

Aucun antécédent gastrique.

Intervention (Docteur MICHON), 16^e heure : Laparotomie s. O. M., liquide gastrique dans le ventre. Petit ulcère pylorique perforé. Enfouissement. G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien.

Suites opératoires : Légère congestion pulmonaire.

4 février 1925 : sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 155. — B... Henri, 46 ans. Entre le 27 septembre 1924 pour syndrome abdominal datant de trois jours.

Intervention (Docteur MICHON) : 1° Incision dans la fosse iliaque droite : pus ; ablation de l'appendice qui est sain, mais qu'on enlève parce qu'on le croit malade. Drain dans le Douglas.

2° Incision épigastrique : ulcère perforé de la petite courbure juxta-pylorique recouvert par le foie. Enfouissement imparfait, drain épigastrique, trois mèches.

8 novembre 1924 : sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 156. — F..., 33 ans, est amené à l'Infirmierie de Porte de l'Hôtel-Dieu d'urgence le 21 février à 4 heures du matin, avec signes de perforation gastrique très nets.

Antécédents : Douleurs gastriques à type d'ulcère depuis l'âge de 16 ans.

La nuit dernière : douleurs atroces de l'épigastre, qui le font amener à l'Hôtel-Dieu.

Intervention : le 21 février (Docteur DUNET). On trouve un ulcère perforé duodéno-pylorique très large. On branche aussitôt une incision transversale sur l'incision sous-ombilicale médiane. Les bords de l'ulcère sont calleux, ayant près de un centimètre d'épaisseur. On commence par une suture en bourse qui enfouit insuffisamment la perforation. On pratique ensuite un deuxième plan de suture et on fait enfin un troisième plan à l'aide du très gros ligament duodéno-hépatique que l'on sectionne au ras du foie, et que l'on rabat de haut en bas en le suturant au duodénum. Il n'y avait pas d'inondation véritable de la grande cavité péritonéale, et au contraire,

le liquide était rassemblé dans l'arrière cavité des épiploons d'où il s'échappait par l'hyatus de Winslow, dont les parois étaient déjà garnies de fausses membranes. G. E. A. au bouton de Jaboulay. Fermeture sans drainage.

Les premiers jours de mars : légère élévation thermique sans réaction péritonéale. Phénomènes de congestion pulmonaire droite ayant duré trois ou quatre jours. Rien à la plaie opératoire.

Pas de nouvelles.

OBS. 157. — F... Auguste, 37 ans. Amené d'urgence à l'Infirmierie de Porte le 12 novembre 1930, pour perforation d'ulcère.

Antécédents : légère douleur gastrique, sans vomissement ni mælena.

Intervention (Docteur DESJACQUES). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ulcère perforé pylorique lenticulaire. Pourtour calleux de la dimension d'une pièce de 2 francs. Suture et enfouissement. Epiplooplastie. G. E. A. P. au bouton. Fermeture au fil métallique. Drainage sus-pubien qui retire une grosse quantité de liquide bilieux. Gros drain.

Suites normales. Ablation du drain le troisième jour. 2 janvier 1931 : Expulsion du bouton.

1932 : Réponse : Ne souffre plus de l'estomac, n'a présenté ni vomissements ni hémorragie. Poids stationnaire.

Pas de nouvelles.

OBS. 158. — D... Jean-Marie, 47 ans. Entre le 28 juin 1930 avec un syndrome de perforation d'ulcus gastrique datant de 6 heures.

Intervention (Docteur PEYCELON) : Laparotomie sus-ombilicale médiane. Perforation de la face antérieure du duodénum des dimensions d'une lentille. Suture à deux

plans. Epiplooplastie. Gastro au bouton. Un drain dans le Douglas.

30 juin : Ablation du drain.

Suites : simplès.

1932 : Réponse : Ne souffre plus de l'estomac, n'a eu ni vomissements ni hémorragie. A engraisé de 3 kgs.

OBS. 159. — E... Lazare, 65 ans. Entre à l'Infirmierie de Porte le juin 1928.

Antécédents : Aucun passé gastrique.

Opéré à la douzième heure.

Intervention (Docteur WERTHEIMER) : Ulcère perforé calleux pyloro-duodénal. Suture de la perforation. G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien.

Le 9 juin : Ablation des drains.

16 juin : Ablation des agrafes. On vide un hématome sous-cutané de la plaie supérieure.

24 juin : Cicatrisation complète.

1932 : Réponse : Ne souffre plus, présente quelques régurgitations acides seulement. Ni vomissements ni hémorragie. Poids stationnaire.

OBS. 160. — S... Diego, 19 ans. Le malade est amené à l'Infirmierie de Porte le 18 octobre 1927, à 11 h. du soir.

Opéré d'un ulcère gastrique perforé à la quatrième heure.

Intervention (Docteur RICARD) : A. G. éther. Incision sus-ombilicale. Petit ulcère perforé de la petite courbure haut situé. La perforation se trouve sur une zone calleuse très étendue. Il serait très difficile d'enfouir. On se contente de mettre un drain et une mèche au contact. G. E. A. P. au bouton. Drains sus-pubien.

Suites opératoires : Ablation du drain le troisième jour.

9 novembre 1927 (Docteur MALLET-GUY) : On évacue un petit abcès et la fistule se ferme progressivement.

Radioscopie (22 novembre) : Le bouton est fixé à l'extrémité inférieure de l'estomac. L'évacuation gastrique se fait lentement par son orifice.

1932 : Réponse : Guérison complète.

OBS. 161. — P... Antoine, 62 ans. Entre à l'Infirmierie de Porte le 19 mai 1930 pour syndrome douloureux abdominal.

Antécédents : Passé digestif net depuis 10 à 15 ans.

Intervention le 19 mai 1930 (Docteur DESJACQUES) : A. G. éther :

1° Petite incision médiane sus-ombilicale ; montre écoulement de gaz et de bile en abondance.

2° Débridement de la paroi sous-costale droite.

Il s'agit d'un ulcère duodénal à la jonction de la première et de la deuxième portion, perforé large comme une pièce de 0,50. Enfouissement de l'ulcère. Petite mèche et un drain sous-hépatique. G. E. A. P. au bouton de Jaboulay. Drain sus-pubien.

Suites opératoires : Ablation du drain sus-pubien le cinquième jour. Ablation de la mèche sous-hépatique le huitième jour. Bon état local et général. Température : 37°8. Quitte le service le 23 juin 1930, en bon état.

1932 : Réponse : Guérison fonctionnelle complète. A engraisé. Petite éventration au niveau incision sous-costale.

OBS. 162. — P... Ferdinand, 27 ans, amené à l'Infirmierie de Porte le 24 octobre 1925 pour perforation d'ulcus duodénal.

Intervention : 2 octobre (Docteur GUILLEMINET) : Perforation d'ulcus duodénal à la sixième heure. Enfouissement. Gastro complémentaire au bouton, drain. Fermeture à 3 plans.

Le 5 octobre : Ablation du drain. Température : 38°.

21 octobre : Le bouton a été rejeté au neuvième jour. Suites simples avec un peu de suppuration pariétale.

Examen radioscopique : Le bi semble emprunter exclusivement le trajet de la gastro, mais tout en évacuant par l'anse, il reflue aussi dans l'anse afférente, qui se dessine nettement sans que le pylore paraisse perméable.

1932 : Revu, continue à souffrir, présente des vomissements alimentaires et aqueux une heure après les repas. *Radioscopie* : l'estomac s'évacue à la fois par la bouche de gastro et par le pylore. Evacuation plutôt rapide. Estomac souple, mobile, sans point douloureux : image normale. Traitement médical conseillé.

OBS. 163. — M..., 25 ans.

15 mai 1926 : Le malade entre à l'Hôtel-Dieu pour crise douloureuse abdominale subite.

Antécédents : Depuis une dizaine d'années, souffrait de l'estomac.

Douleurs plus fortes, il y a 8 jours, vomissements, filets glaireux. 9 à 8 h. après le début, le malade est amené à l'Infirmerie de Porte.

Intervention : 15 mai 1926 (Docteur WERTHEIMER) : Diagnostic d'appendicite. Présente, en effet, une contraction abdominale généralisée, mais prédominante du côté droit : Incision dans la fosse iliaque droite, découvre un appendice flexueux, adhérent, rouge, mais qui semble ne pas être en cause dans les accidents péritonaux. D'ailleurs de l'étage supérieur de l'abdomen sort un liquide jaunâtre bilieux. Après appendicectomie, l'incision est refermée. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Elle montre l'intégrité de l'estomac, mais permet d'apercevoir une petite perforation sur la première portion du duodénum. Après aspiration : suture à deux plans de la perforation, plus un plan épiploïque.

Gastro au bouton. Drain sus-pubien.

Suites simples.

1932 : Réponse : A souffert de l'estomac par intermittence. Pas de vomissements ni hémorragie. A engraisé.

OBS. 164. — D..., 22 ans, est amené à l'Infirmierie de Porte pour syndrome abdominal.

Antécédents : Douleurs gastriques depuis une semaine.

Le 14 février 1925, à 8 h. : Douleurs brusques dans la fosse iliaque droite. Pas de vomissements.

A l'examen : Contracture dans la fosse iliaque droite et l'épigastre. Température : 38°. Pouls : 96.

Intervention (Infirmierie de Porte), 3 h. du matin. Ether. Incision de Jalaguer : de suite apparition de liquide qui fait penser à perforation gastrique. Rien à l'appendice. Un drain dans le Douglas après aspiration. Suture.

Incision transversale à droite : Perforation lenticulaire sur première portion duodénale, juste à droite du pylore. Enfouissement au catgut à deux plans avec quelques difficultés dues à la callosité et à l'infiltration des bords de l'ulcère.

Gastro complémentaire à la suture en raison de la difficulté rencontrée en mettant le bouton de Jaboulay. Suture à plusieurs plans. Fil métallique. Drain *in situ*.

Le 21 février : Evolution très simple jusqu'à présent.

Le 7 mars : Congestion pulmonaire à la base gauche.

Le 24 octobre : Le malade revient parce que depuis une semaine environ il souffre à nouveau de brûlures après les repas, irradiées dans le dos. Il n'a pas vomi.

Examen radioscopique : Estomac assez contractile. Fonctionnement de la gastro et du pylore simultanément. Pas de point douloureux provoqué par la pression sur la gastro ou l'estomac, sous le contrôle de l'écran. Le malade est envoyé en médecine pour être mis en observation et au régime.

Le 4 mai 1926 : Il revient. Ne souffre plus de l'estomac. A engraisé de 8 kgs.

Localement : Cicatrice solide, pas d'éventration.

1932 : Réponse : Guérison complète.

OBS. 165. — T.... M..., 49 ans, rentre d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour une crise abdominale subite, le 15 mai 1926.

Antécédents : Depuis 3 ans le malade se sachant porteur d'ulcère se soignait en observant un régime.

Le 15 mai : Il part à son travail, mais, à l'atelier, est brusquement plié en deux par une douleur atroce, en même temps : accès de toux et vomissements, quelques glaires. Les douleurs ne cédant pas, est amené à l'hôpital. Température : 38°. Pouls : à 140.

Intervention (Docteur WERTHEIMER) : 15 mai 1926 : Malade vu à la dixième heure. Laparotomie transversale droite. La perforation siège au niveau d'un ulcère pylorique ; on trouve une grande quantité de liquide dans le péritoine. Suture de la perforation. Gastro au bouton, drain sus-pubien.

Suites simples.

1932 : Réponse : Guérison.

OBS. 166. — B... Marius, 30 ans. Entre à la porte le 24 avril 1929 pour crise abdominale douloureuse.

Aucun antécédent gastrique.

Intervention le 24 avril 1929 (Docteur POLLOSSON) : A. G. éther. A l'ouverture du ventre : liquide louche. Petite perforation à l'emporte-pièce sur face antérieure du pylore. Enfouissement. G. E. A. au bouton de Jaboulay. Fermeture. Drainage sus-pubien.

Suites opératoires : Simples.

9 mai 1929 : Sort guéri.

12 janvier 1930 : Revu : Aucun trouble gastrique. Excellent état général.

21 novembre 1932 : Revu. Ne souffre plus. Pas de vo-

missemments, pas de régurgitation. Examen radiologique (Docteur BERNAY). Remplissage normal. Pas de périgastrique. Evacuation un peu tardive à la fois par la bouche de gastro et par le pylore. Bouche située au point déclive, mais très à gauche.

OBS. 167. — J... Germain, 35 ans. Entre le 17 juillet 1927 pour péritonite.

Intervention (Docteur BONNET) : A. H. éther. Incision de Jalaguier : A l'ouverture du péritoine, liquide louche. Appendice légèrement enflammé. Appendicectomie : Drain dans le Douglas, Laparotomie médiane sus-ombilicale. Petite ulcération lenticulaire duodénale. Suture facile au catgut. G. E. A. au bouton en raison du siège.

Suites opératoires : Simples.

Le 6 août 1927 : Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 168. — B... Vital, 25 ans. Entre à l'Infirmierie de Porte le 21 décembre 1923. Aucun antécédent gastrique.

Intervention (Docteur BONNET) : A. H. éther. Incision de Jalaguier. Il sort un flot de pus. Appendice sain. Appendicectomie. Incision épigastrique. Perforation pylorique petite.

Suture. Epiplooplastie. G. E. A. P. à la suture. Fermeture totale. Drainage au Douglas par l'incision de Jalaguier.

Suites : Très simples.

Janvier 1924 : Sort guéri.

18 mars 1924 : Revu : A engraisé. Pas d'éventration. Digestions un peu pénibles.

Depuis pas de nouvelles.

OBS. 169. — B... David, 28 ans. Entre à l'Infirmierie de Porte le 8 mars pour douleurs abdominales.

Souffre depuis longtemps de l'estomac.

Intervention le 8 mars (Docteur BONNET) (quatrième heure) : Incision épigastrique. Gros trou pylorique qu'on ferme par une bourse au gros catgut. G. E. A. au bouton. Drain sus-pubien (A. G. éther), fermeture complète.

Suites opératoires : Parfaites.

Ablation du drain au troisième jour.

Le 1^{er} avril : Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 170. — A... Joanny, 26 ans. Entre à la Porte le 8 mars 1925 pour perforation.

Aucun antécédent gastrique.

Intervention (Docteur BONNET) 8 mars 1925 : Incision basse transversale. Appendice sain : on le laisse : beaucoup de liquide dans le ventre ; un gros drain dans le Douglas.

Incision épigastrique. Petite perforation presque invisible, face postéro-supérieure du duodénum à 2 cm. du pylore, difficile à suturer. Suture au catgut. G. E. A. au bouton.

Fermeture totale.

Suites opératoires : Le 12 mars : Ablation du drain ; le 24 mars : Etat parfait, n'a pas encore expulsé son bouton ; le 10 avril 1925 : Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 171. — C... Jean-Louis, 38 ans. Entre à l'Infirmerie de Porte le 7 mars 1925, pour ulcère perforé.

Aucun antécédent gastrique.

Intervention (Docteur BONNET) 7 mars 1925 : Appendicectomie. A l'ouverture du péritoine : pus jaune fluide à flot. Appendice sain. Appendicectomie. Drain dans le Douglas. Incision épigastrique. Perforation de la face antérieure du pylore. Suture au catgut. Pas de gastro. Fermeture.

Suites opératoires : Drain enlevé au cinquième jour.

Le 7 avril : Sort guéri.

Le 5 septembre 1927 : Revu : excellent état.

Le 21 novembre 1932 : Revu. Ne souffre plus, pas de vomissement, pas de régurgitation acide. Pas d'amaigrissement.

Examen radiologique : Remplissage normal. Image lacunaire à bords souples dans l'antrum pylorique (tumeur bénigne ?). La brèche duodénale est déformée, à bords déchiquetés. L'évacuation se fait par le pylore et non par la bouche. G. E. A. Pas de périgastrite.

OBS. 172. — F... Joseph, 31 ans. Opéré à l'Infirmierie de Porte le 31 juillet 1926, d'ulcère perforé gastrique.

Pas d'antécédent stomacal.

Intervention (Docteur ROCHET) 23 juillet 1926 : A. G. éther. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Vésicule saine. Pas de perforation d'ulcus, les régions pyloriques rouges en entier.

A la palpation : On sent un tout petit ulcus juxta-pylorique, nombreux ganglions mésentériques, peut-être d'origine tuberculeuse. G. E. A. P. au bouton de Jaboulay. Fermeture totale.

Suites parfaites.

20 août 1926 : Sort guéri.

23 novembre 1932 : Revu. Souffre de l'estomac avant et après les repas. Renvois acides. Pas de vomissements. A engraisé de 3 à 4 kgs depuis l'opération.

Radioscopie (Docteur BERNAY) : Estomac en cascade. Le pylore et la bouche fonctionnent simultanément. Bouton persiste enclavé dans le grêle. Le bulbe pylorique est très déformé, transformé en un canal rétréci en forme d'S. Bulbe duodénal normal.

OBS. 173. — B... Camille, 23 ans. Opéré à la Porte d'ulcère perforé, le 4 novembre 1927.

Pas d'antécédent gastrique.

Intervention (Infirmier de Porte) : Laparotomie sus-ombilicale. Ulcus perforé à l'emporte-pièce sur une plaque indurée, au niveau du pylore. Suture par 3 points à distance.

G. E. A. au bouton. Drainage sus-pubien.

Suites : Simples.

Pas de nouvelles.

OBS. 174. — P... René, 30 ans. Opéré à l'Infirmier de Porte pour perforation d'ulcère gastrique.

Antécédents : Passé gastrique très ancien.

Intervention (Docteur BONNET) : A. G. éther. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Ulcère perforé prépylorique. 4 catguts en croix. G. E. A. P. au bouton. Fermeture. Pas de drainage local. Drainage sus-pubien.

Suites opératoires : 8 janvier 1929, sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 175. — D... Louis, 49 ans. Entre à la Porte pour perforation d'ulcère gastrique, le 3 mars 1930.

Antécédents gastriques depuis quelque temps.

Intervention : 3 mars 1930 (Docteur BONNET) : Laparotomie médiane sus-ombilicale. Perforation paraît être duodénale; aussi débride-t-on le muscle Grand Droit perpendiculairement à l'incision. Ulcère duodénal perforé à l'emporte-pièce. Enfouissement avec 3 points au catgut. Puis G. E. A. au bouton. Incision sus-pubienne.

On pratique une cœliostomie en suturant le péritoine à la peau.

Pronostic considéré comme fatal.

Suites opératoires: L'état général s'améliore progressivement, le cinquième jour ablation du drain sus-pubien.

Le 29 mars 1930 : Sort du service. Guéri.

24 mai 1930 : Revu. Parfaite santé. L'orifice de cœliostomie est parfaitement solide, sans éventration.

28 novembre 1932 : Revu au printemps 1932. A présenté des aigreurs pendant 8 jours, sans douleurs vraies. Actuellement va bien. A repris 4 kgs, bon appétit. *Radioscopie* (Docteur GARIN) : Estomac de dimensions normales. Bouche de G. E. A. haut située mais assurant une évacuation rapide. Décentrement pylorique. Evacuation en partie par le pylore. Bulbe duodénal normal, petite courbure souple.

OBS. 176. — J... Michel, 52 ans. Envoyé à la Porte le 24 octobre 1928 pour ulcère perforé. Perforation datant de 4 heures.

Intervention (Docteur ROCHET) : Laparotomie médiane sous A. G. éther ; on découvre une perforation de la grosseur d'une pièce de 0,50 au niveau du pylore. Suture. Enfouissement recouvert par une frange épiploïque. G. E. A. P. au bouton. Un drain sus-hépatique ; drainage sus-pubien à la Murphy à cause de la grande quantité de liquide épanchée dans le ventre.

Suites opératoires : Sort le 13 novembre 1928 guéri.

Revu en 1932 : A quelques troubles dyspeptiques.

OBS. 177. — L... Ernest, 42 ans. Opéré à la Porte d'un ulcère perforé du duodénum à la quatorzième heure.

Intervention (Docteur POLLOSSON), 26 mars 1931 : G. A. :

1° Mac Burnay : Appendicectomie. Aspiration d'un demi-litre de liquide sans odeur : gros drain dans le Douglas.

2° Laparotomie sus-ombilicale. Fermeture au catgut d'un ulcère duodénal antérieur de la première portion. G. E. A. P. au bouton de Jaboulay. Fermeture sans drainage au fil métallique.

Suites : Simples.

Pas de nouvelles.

OBS. 178. — P... Emile, 36 ans. Opéré par le Docteur DE ROUGEMONT à la Porte, d'une perforation d'ulcère gastrique une demi-heure après, le 7 juillet 1928.

Intervention : Laparotomie sus-ombilicale médiane. Ulcus pylorique perforé. Enfouissement. Gastro postérieure au bouton ; aspiration du liquide. Pas de drainage.

Antécédents : Douleurs gastriques. Histoire très nette de fissuration antérieure s'étant traduite par syndromes douloureux épigastriques. Vomissements, durant une heure, se calmant instantanément.

Perforation dans la cour de l'hôpital en accompagnant un voisin atteint d'appendicite aiguë. Opéré 2 heures après.

31 juillet 1928 : Sort guéri.

20 février 1932 : Revu, très bon état local. Eventration qui demande une cure radicale.

OBS. 179. — A... Charles, 49 ans. Entré le 22 septembre 1931 pour perforation gastrique.

Intervention le 22 septembre (Docteur BERTRAND), douzième heure : A. G. éther. Ulcère gastrique pylorique perforé. Enfouissement. G. E. A. P. au bouton de Jaboulay. Un drain sus-pubien.

Suites opératoires : Ablation du drain au quatrième jour.

Le 6 novembre 1931 : Sort guéri. L'orifice du drain sus-pubien suppure un peu.

Le 28 novembre 1932 : Revu. Va bien (petite éventration).

Radioscopie (Docteur BERNAY) : Petit estomac. Canal central très réduit aux contours irréguliers sur la grande courbure. Pas d'évacuation pylorique. Bouche du gastro correctement située et voisinant un passage constant et régulier.

OBS. 180. — L... Auguste, 25 ans. Entré le 8 septembre 1931 pour ulcère perforé.

Passé gastrique.

Intervention : 8 septembre 1931 (Docteur POLLOSSON), huitième heure : A. G. éther. Laparotomie S. O. M. Enfouissement. Perforation. G. E. A. P. au bouton. Drain sus-pubien. Fermeture à 3 plans, plus fils métalliques.

Suites : Drain enlevé le 11 septembre 1931 ; simples.
Le 16 octobre 1931 : Sort guéri.

Revu en 1932 : Va bien.

OBS. 181. — D... Jean, 21 ans. Entre à la Porte le 3 octobre 1929 pour ulcère perforé.

Aucun antécédent gastrique.

Intervention : 3 octobre 1929 (Docteur POLLOSSON) : Laparotomie médiane sus-ombilicale. Perforation de la grosseur d'une pièce de 0,50 au milieu d'un énorme ulcère calleux siégeant sur le versant duodénal du pylore.

Fermeture et enfouissement de la perforation en 2 plans, à la soie. G. E. A. au bouton de Jaboulay. Fermeture complète de la paroi en 3 plans.

20 octobre 1929 : Sort guéri.

Pas de nouvelles.

OBS. 182. — T... Georges, 24 ans, 39, rue Paul-Bert.

Entre le 13 août 1924 pour perforation gastrique.

Passé gastrique ancien.

Intervention : 13 août 1924 (Docteur DUNET) : Laparotomie sus-ombilicale médiane. On trouve sur versant pylorique antérieur un tout petit ulcère perforé de 3 mm. de diamètre par lequel s'échappe du mucus gastrique. Enfouissement facile en 2 plans, renforcé par une frange épiploïque. G. E. A. P. au bouton. Suture de la paroi en 3 plans.

30 août 1924 : Sort guéri.

25 janvier 1925 : Revient parce que depuis 6 mois il souffre après les repas. Pas de vomissement. Une radio faite par M. CADE donne : présence du bouton anastomotique. Hyperpéristaltisme. La baryte s'évacue lentement par le bouton et le pylore.

27 janvier 1925 : Passe chez M. BÉRARD pour être opéré par M. DUNET. N'a pas été réopéré.

Revu en 1929 : Va bien.

OBS. 183. — P... François. Le malade rentre à l'Infirmerie de Porte avec le diagnostic de périgastrite.

Intervention : 26 septembre 1925 (Docteur GUILLEMINET) : La perforation paraît remonter à 10 jours. Drainage de la poche qui paraît parfaitement cloisonnée.

Le 16 novembre, à 4 heures, douleur en coup de poignard, mais pas de vomissement, le lendemain il se purge et tout disparaît. C'est le 26 qu'il rentre à l'hôpital ; auparavant, bonne santé générale.

15 octobre : Température irrégulière. Drainage défec-tueux de l'abcès sous-phrénique.

L'examen radioscopique montre : diaphragme mobile des deux côtés. Culs-de-sac libres.

15 octobre, sous rachi : Exploration de la plaie. Un orifice supérieur admettant le doigt conduit dans une cavité des dimensions d'un poing (sous le lobe gauche, au-dessus de la petite courbure. Pus fétide abondant. 3 mèches et 2 drains. Tamponnement de la cavité.

2 décembre 1925 : Malade sorti il y a 3 semaines apyrétique et en voie de cicatrisation, revient avec un peu de température ; la plaie sécrète. On constate un petit diverticule en cul-de-sac dans lequel s'était collecté un petit abcès.

Radioscopie : L'estomac fonctionne dans de bonnes conditions. Il est déformé probablement du fait des adhérences environnantes et s'allonge un peu obliquement de gauche à droite.

Le malade est mort à l'Hôtel-Dieu le 13 décembre 1929, des suites d'un accident du travail.

OBS. 184. — T..., 34 ans. Hernie épigastrique épiplocèle, tendue, mais non étranglée.

Ulcus duodéno-pylorique, avec périgastrique en voie de guérison.

Vient pour douleur épigastrique à début brusque.

Vomissements dans la journée. Constipation, pas d'arrêt de gaz. Température: 37°6, pouls 125. Vient en marchant à la porte de l'Hôtel-Dieu.

A l'examen : Douleurs dans la région épigastrique, sans contracture. Il existe une petite masse épigastrique, irréductible et tendue. On porte le diagnostic de hernie épigastrique étranglée, avec réserve pour lésion gastrique.

Intervention (Docteur CREYSSEL-ARNULF) : A. G. éther. Il existe une épiplocèle épigastrique tendue, sans intestin. En vérifiant l'estomac, on est frappé par les fausses membranes. Au toucher : pas d'ulcère perceptible. Mais en extériorisant davantage l'estomac, on voit sourdre quelques gouttes de liquide par un orifice punctiforme. Hypervascularisation de la paroi et de l'estomac. Enfouissement. G. E. A. au bouton.

Suites : Très simples. Guérison au douzième jour.

Un mois après : Revu. Va bien.

OBS. 185. — M... Jean-Marie, 23 ans. A été opéré à la Porte par le Docteur PERRIN à la quatrième heure pour ulcère perforé de la petite courbure. Presque pas de liquide. Suture à 2 plans. Epiplooplastie. Drain sous-hépatique. Pas de G. E. A.

Le 16 août 1927 : Sort pas encore cicatrisé.

Depuis cette époque, pas de nouvelles du malade.

OBS. 186. — S... Léon, 34 ans. Est amené à l'Infirmerie de Porte le 3 novembre 1925, pour douleurs abdominales.

Antécédents : Bonne santé habituelle.

Douleurs d'estomac très nettes depuis un an. Jamais de vomissements. Pas d'hématémèse.

Le 1^{er} novembre 1925 : Violentes douleurs abdominales avec nausées et vomissements. Un médecin consulté croit à une asystolie.

Le 3 novembre : L'état étant stationnaire, le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu.

Intervention : 3 novembre 1925 : Incision sus-ombilicale médiane sur laquelle on branche une incision horizontale, allant jusqu'au bord de la septième côte. Ulcère duodénal perforé près du pylore du diamètre d'une lentille environ. Enfouissement sous deux plans de suture. Gastro-entéro-anastomose transmésocolique post. au bouton de Jaboulay.

Bonnes suites opératoires.

1932 : Le malade est revu. Il entre Salle Saint-Pothin dans le service du Docteur SANTY.

Les suites opératoires furent excellentes.

3 ans après : Douleurs vagues à siège épigastrique à horaire inconstant.

Il y a un an : Aggravation de ces douleurs jusqu'à ces derniers temps, avec tendance à la diarrhée.

Avant-hier, le malade constate des selles marc de café et entre à l'hôpital.

A l'entrée : Malade très anémié. Transfusion de 300 cc. Lavement ramène du sang rouge.

Intervention : 5 novembre 1932 (Docteur SANTY) : Anesthésie au Schleich. Symphyse étendue qui gêne l'exploration. Estomac très distendu, ayant l'aspect d'estomac de sténose. On retrouve la bouche de gastro faite à la première intervention : elle paraît minuscule. L'anse grêle afférente est couverte par des adhé-

rences et fortement dilatée. On élargit l'ancienne bouche de gastro et on fait une jéjuno-jéjunostomie complémentaire au bouton. Il semble s'être agi de faits liés à l'oblitération progressive de l'ancienne bouche et dus peut-être à l'ulcère peptique, qui n'a pu être décelé. L'état du malade est très précaire.

Suites opératoires : Dès le deuxième jour, apparition de phénomènes pulmonaires. Expectoration de gros crachats blanchâtres, Tachycardie croissante.

Vérification : le 11 novembre 1932 (Docteur COLSON) : Au niveau région pyloro-duodénale : adhérences très serrées, soudant la face inférieure du foie, la région pylorique, le côlon transverse et l'ancienne cicatrice opératoire, les adhérences sont en rapport avec l'ancien ulcère que l'on retrouve vers la partie antérieure du duodénum, à 2 cm. du pylore, sous forme d'une cicatrice souple. Suture correcte de la bouche de gastro. Anastomose jéjuno-jéjunale, parfaitement étanche. Pas de réaction péritonéale au niveau du foyer opératoire. A 2 cm. de la bouche de gastro, sur l'anse efférente, petite ulcération lenticulaire. Sur le bord libre de l'intestin : réaction sur la surface péritonéale, sous forme d'une membrane vasculaire. Pas de sang dans l'intestin.

Poumons : Congestion bilatérale des bases. *Cœur* : normal. *Foie* : normal. *Rate* : normale.

Obs. 187. — B... Jean-Marie, 21 ans. Syndrome de perforation gastrique datant de 22 heures.

Passé gastrique datant de 2 ans.

A eu une hématomérose la veille de la perforation.

Entre le 25 mars 1930 à l'Infirmierie de Porte.

Intervention : 25 mars 1930 (Docteur CREYSSEL) : A. G. éther. Incision SOM. A l'ouverture, issue de liquide mélangé de gaz. Grosse perforation face antérieure, région juxta-pylorique au milieu ulcère calleux.

On doit brancher une incision transversale sur le mus-

cle droit, à droite. Suture difficile. Enfouissement. Epiplooplastie, G. E. A. au bouton. Fermeture à 3 plans avec fil métallique de renfort.

Suites opératoires : Congestion pulmonaire fugace au quatrième jour.

Sort guéri au quinzième jour.

Suites éloignées : Bonnes dans les premiers jours, a repris 4 kgs. Digestion bonne pendant un an. A cette date, réapparition de troubles dyspeptiques. Nouvel amaigrissement.

Examen radiologique : Pas d'évacuation par la bouche de G. E. A. Evacuation par le pylore.

Réintervention : 16 juillet 1931 (Docteur CREYSSEL) : L'exploration de l'estomac montre obturation de la bouche de G. E. A., et une induration nette dans région pylorique. Gastro-pylorectomie. Elargissement de la bouche de gastro suivant technique de DELORE.

Suites : Compliquées. Evacuation gastrique défec-tueuse. Vomissements ne cédant pas aux lavages d'estomac.

Quatrième jour : Fistule duodénale. Cinquième jour : *Exitus*.

Obs. 188. — V... Joseph, 46 ans. Amené à l'Infirmierie de Porte de l'Hôtel-Dieu le 8 juin 1925 pour perforation gastrique évidente.

Intervention (Docteur GUILLEMINET) : Anesthésie éther. Incision transversale. Ulcère perforé, petite courbure région prépylorique, d'une largeur d'une pièce de 0,10. Excision des bords sans cependant lever la zone calleuse. Suture à la soie fine. G. E. A. P. au bouton de Jaboulay. Suture en un plan fil métallique, sans drainage *in situ*. Drain sus-pubien qui donne issue à une grosse quantité (1/3, 1/2 litre) de liquide trouble avec flocons purulents.

10 juin 1925 : Ablation du drain sus-pubien.

13 juin 1925 : Elévation de température. On constate l'existence d'une petite fluxion hémorroïdaire, probablement cause de l'élévation thermique.

8 juillet 1925 : Le bouton de Jaboulay est toujours fixé à la paroi gastrique ; l'estomac se remplit normalement et s'évacue au travers du bouton. Cependant le pylore est resté perméable et on peut suivre des bouchées de bouillie qui s'évacuent par le pylore et suivent le contour du duodénum.

Janvier 1928 : Malade revu, déclare aller très bien.

21 novembre 1932 : Revu. Excellent état général. Aucune douleur. A repris du poids, 20 kgs à peu près. Eventration sus-pubienne et sous-hépatique au niveau cicatriciel opératoire.

Examen radiologique (Docteur BERNAY) : Estomac vertical se vide mal en position debout. En position ventrale : évacuation par la bouche gastro-jéjunale, non douloureuse. Elle est située très près du pylore. Etroitesse de la bouche (périgastrite).

Obs. 189. — T..., Chérif, 33 ans. Entre le 27 janvier 1925 pour douleurs abdominales violentes datant de 3 jours.

Antécédents gastriques depuis un an.

Intervention (Docteur TAVERNIER) : Incision de Mayo. Découvre vésicule entourée d'adhérences et appendice sain. Appendicectomie. La libération de la vésicule ouvre un petit abcès, puis une perforation duodénale. Suture de la perforation. Enfouissement à 2 plans de surjet au catgut, dans un mauvais péritoine. G. E. A. au catgut.

Suture de la paroi sans drainage.

24 février : Sort guéri.

Pas de nouvelles depuis cette date.

OBS. 190. — T... Woscick, 28 ans. Entre le 8 juin 1930 pour perforation gastrique.

Intervention (Docteur CREYSSEL), dixième heure : A. G. éther. Laparotomie SOM. Perforation de la dimension d'une tête d'épingle en verre à la partie supérieure, face antérieure du pylore. Suture au catgut. Enfouissement. G. E. A. au bouton. Drain sus-pubien. Fermeture à 3 plans.

Suites simples.

Depuis, pas de nouvelles du malade.

OBS. 191. — R., Pierre, 53 ans. Entre le 25 juin 1931 pour syndrome de perforation gastrique.

Intervention (Docteur CREYSSEL), dixième heure : Anesthésie locale. Laparotomie SOM. Flot de liquide louche. Perforation région pyloro-duodénale. Au voisinage du bord supérieur du pylore, volume tête d'épingle en verre. On branche une incision transversale droite, car la suture est difficile et les fils coupent. Epiplooplastie. G. E. A. au bouton. Fermeture au fil métallique et au crin. Drainage sus-pubien.

Guérison.

Depuis, pas de nouvelles de ce malade.

OBS. 192. — F..., 20 ans. Entre le 26 septembre 1930 pour ulcère perforé.

Intervention (Docteur CREYSSEL), huitième heure : A. G. éther. Laparotomie SOM. Flot de liquide louche ; sur versant duodéal pylore, perforation du volume d'une grosse tête d'épingle. On branche l'incision transversale droite. Suture difficile et imparfaite de la perforation. Hémorragie en nappe obligeant à laisser petite mèche au contact. G. E. A. bouton. Drain sus-pubien. Fermeture à 3 plans.

Suites : Simples, guérison.

Depuis, pas de nouvelles du malade.

OBS. 193. — X..., malade entré le 8 juillet 1928 pour un ulcère perforé de la petite courbure.

Intervention (Docteurs BERTRAND et ETIENNE-MARTIN) : A. G. éther.

1° Incision de Mac Burney du type gastrique dans le péritoine, appendice sain, un gros drain dans le Douglas.

2° Laparotomie SOM. Gros estomac distendu. Perforation des dimensions d'une pièce de 0,50 sur la petite courbure, près du pylore. Enfouissement difficile, car les tissus sont infiltrés et cartonnés. Epiplooplastie.

Dans la crainte d'avoir rétréci l'orifice pylorique, on pratique une G. E. A. au bouton.

Fermeture de l'incision en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires très simples : Sort guéri au vingtième jour.

Suites opératoires éloignées : A été complètement guéri et n'a plus présenté de troubles gastriques.

Le 30 novembre 1931 : Le malade est pris d'un syndrome abdominal douloureux aigu.

Deuxième intervention le 2 décembre, à 21 h. 30 (Docteurs BERTRAND-ETIENNE-MARTIN) : A. G. éther. Incision pararectale droite qui sera prolongée en haut jusqu'au bord antérieur de la dixième côte. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un flot de liquide d'odeur fécaloïde jaune verdâtre, en voie de transformation purulante. Les anses intestinales sont rouges, peu dilatées. L'appendice est sain. L'incision prolongée en haut montre que le maximum des lésions siège immédiatement au-dessous du méso-côlon (fausses membranes, épiploon lardacé). A cause de la présence de bulles gazeuses, au milieu du liquide que l'on retire à l'aide de l'aspirateur de Villard, on recherche obstinément une perforation digestive. On

finit par trouver une perforation au niveau de la bouche de gastro-entérostomie faite il y a 40 mois, perforation à l'emporte-pièce, siégeant au ras du méso-côlon, large comme la moitié d'une pièce de 0,50. Nous avons hésité sur la conduite à tenir, et nous sommes décidé pour l'opération minime, comme dans un ulcère perforé banal : fermeture à 2 plans de la perforation. Un plan total, un plan séro-séreux qui emprunte en haut le feuillet inférieur du méso-côlon. La perforation étant tout près du bord mésentérique du grêle. Mais on a à ce moment l'impression que la bouche de gastro a été considérablement rétrécie, et, de plus, on s'aperçoit que, pour avoir voulu faire un enfouissement correct l'anse afférent du jéjunum a été coudée. Nous avons alors joué sur la perméabilité probable du pylore, et avons pratiqué une jéjuno-jéjunostomie entre les deux parois de l'anse de la G. E. A. assurant ainsi le libre passage des liquides duodénaux dans l'intestin grêle. L'opération fut terminée par la mise en place d'un Mickulicz à la partie basse de l'incision. Fermeture en un plan de la paroi au fil de bronze.

Suites opératoires : Simples. Désunion de la paroi au neuvième jour après ablation du Mickulicz.

Sort guéri au quarant-cinquième jour.

1932 : Revu. Va bien.

OBS. 194. — B... Roger. Entre le 25 novembre 1931 pour perforation gastrique.

Antécédents gastriques nets.

Intervention (Docteur CREYSSEL) : A. G. éther. Laparotomie sous-ombilicale médiane à laquelle on ajoute une branche transversale droite. Vaste ulcère calleux région pylorique face antérieure. Suture très difficile, les fils coupent, l'estomac saigne. On réussit à enfouir sous un surjet imparfait et une épiplooplastie.

On croit devoir laisser par prudence une mèche au contact.

G. E. A. au bouton de Jaboulay. Suture à 3 plans.

Suites simples : Sort guéri le quinzième jour.

Depuis, pas de nouvelles de ce malade.

Abréviations

Afin de réduire le texte des observations, nous avons employé les abréviations suivantes :

A. L. : Anesthésie locale.

A. G. : Anesthésie générale.

E. G. : Etat général.

G. E. A. P. : Gastro-entéro-anastomose postérieure.

LAP. S. O. M. : Laparotomie sus-ombilicale médiane.

CHAPITRE III

Mortalité

L'ensemble des observations recueillies s'élève à 194. Sur ces 194 malades opérés, il y a eu 55 *décès* qui se sont produits dans les suites opératoires immédiates ou proches, soit 28,35 % de mortalité.

1° Ce qui frappe immédiatement quand on étudie les observations de ces 55 décès, c'est que la mortalité augmente considérablement avec le *retard apporté à l'intervention*. Ceci est bien le facteur capital. En effet, nous voyons que :

Décès avant la 6^e heure : 4 décès sur 34 opérés, soit 12 %.

Décès de la 6^e heure à la 12^e heure : 5 décès sur 31 opérés, soit 16 %.

Décès de la 12^e à la 24^e heure : 8 décès sur 22 opérés, soit 36,3 %.

Décès au delà de la 24^e heure : 6 décès sur 11 opérés, soit 54,5 %.

Ce sont, par conséquent, les cas opérés après la 6^e heure qui alourdissent notre statistique et augmentent le pourcentage de la mortalité. Ceci est logique. Le temps écoulé favorise la péritonite diffuse et augmente la septicité du liquide épanché.

Il est intéressant de comparer ces chiffres à ceux de quelques statistiques anciennes : ACKERMAN, en 1896, rapportant la statistique de Roux, de Lausanne, donne un chiffre global de 68,5 % de mortalité.

KUMMER, de Genève, cité par FERMAUD, donne :

Avant 10 heures	15 % de mortalité.
Après 10 heures	65 % de mortalité.

STENBUCK, de New-York, cite :

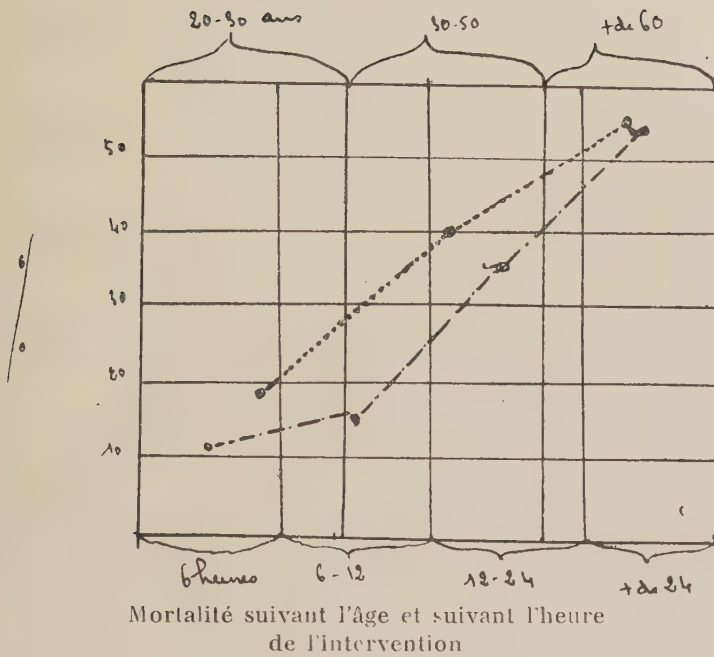
Avant 6 heures	0 %
De la 6 ^e à la 12 ^e heure.....	27 %
De la 12 ^e à la 24 ^e heure.....	25 %
Au delà de la 24 ^e heure.....	73 %

sur 88 opérés.

JUDINE, de Moscou, donne :

Entre 6 et 12 heures.....	10,7 %
Entre la 12 ^e et 24 ^e heure.....	42 %
Entre la 24 ^e et la 48 ^e heure.....	71 %
Au delà de la 48 ^e heure.....	100 %

Nos chiffres, qui confirment les statistiques antérieures, montrent une fois de plus la nécessité d'un diagnostic précoce, et d'un traitement chirurgical : « Plus encore que dans l'appendicite, les heures, voire même les minutes, comptent ».



2° Si la précocité de l'intervention paraît le facteur capital de la mortalité, il n'est pas le seul. *L'âge des malades* influe également. Voici nos chiffres :

Entre 20 et 30 ans..... = 28 % de mortalité.

— 30 et 40 ans..... = 35 % —

— 40 et 50 ans..... = 45 % —

— 50 et 60 ans..... = 35 % —

Au-dessus de 60 ans.... = 55 % —

Les principales raisons qu'on peut invoquer pour expliquer ce fait, sont :

a) Les réactions de défense péritonéales et générales moins bonnes chez les sujets âgés ;

b)La plus grande fréquence de l'obésité augmen-

tant les difficultés opératoires et facilitant les complications post-opératoires ;

c) La fréquence et la gravité extrême des complications pulmonaires ;

d) La plus grande fréquence des formes larvées, avec réaction péritonéale moins aiguë, moins franche, d'où intervention moins précoce.

3° Le 3^e facteur de mortalité que nous avons relevé dans nos observations, c'est le *siège de la perforation gastrique ou duodénale*. Evidemment, dans de nombreux cas, la différenciation n'est pas faite. Il est souvent malaisé de localiser exactement le sphincter pylorique à la palpation, ou plus encore, de voir la veine pylorique. Cependant, pour la commodité de la classification, nous les avons divisés en ulcères duodénaux, en ulcères pyloriques et ulcères de la petite courbure. Nous mettrons à la rubrique pylore tous ceux qui siégeaient franchement sur le sphincter ; et duodenum, ceux qui se trouvaient sur le versant duodénal à 1 c/m au moins du pylore.

Sur nos 194 cas, nous avons trouvé portée la disposition anatomique sur 169 observations :

58 ulcères duodénaux avec 18 morts = 31,03 % de mortalité ;

64 ulcères pyloriques avec 11 morts = 17,18 % de mortalité ;

47 ulcères gastriques avec 15 morts = 31,91 % de mortalité ;

Si les perforations d'ulcères duodénaux ou pyloriques sont les plus fréquentes, les perforations de la

petite courbure ne sont pas rares. Quelques-uns sont très haut situés, et même juxta-cardiaques.

La mortalité immédiate des perforations à siège franchement gastrique est donc plus élevée que celle des perforations duodéno-pyloriques envisagées ensemble.

Cette différence s'explique probablement en grande partie par les difficultés opératoires beaucoup plus grandes que l'on rencontre dans les ulcères haut situés de la petite courbure. Il s'agit d'une portion haute, fixée, profonde, difficile à extérioriser, sur lesquelles la suture, parfois impossible, est toujours pénible. Mais peut-être aussi faut-il tenir compte d'un autre facteur : c'est l'allure clinique de ces perforations hautes de la petite courbure, qui, se révélant moins brutalement, pouvant revêtir l'allure d'une perforation en 2 temps, sont de diagnostic moins facile et moins précoce : VILLARD et PINATELLE avaient déjà insisté sur ce point. Faut-il ajouter qu'il s'agit, le plus souvent d'ulcères calleux, adhérents, difficiles à libérer et à suturer.

Mais peut-être faut-il faire intervenir la notion de réplétion gastrique alimentaire au moment de la perforation, due à un repas absorbé peu avant celle-ci, et qui peut aggraver le pronostic dans les perforations gastriques, alors que dans les perforations duodénales elle a beaucoup moins d'importance : la présence du sphincter pylorique empêche alors, en général, la dissémination dans le péritoine d'aliments parfois infectés.

En somme, au point de vue de la localisation, on peut conclure :

Au pylore : facilité d'accès et d'extériorisation, bonne étoffe pour la suture, avec paroi épaisse, et bien vascularisée. C'est là que les résultats sont les plus favorables (15,1 % de mortalité).

Au duodénum : difficulté d'accès, suture plus précaire en raison des parois minces et du péritoine moins bon. Les résultats sont nettement inférieurs (mortalité : 33,7 %).

Sur la petite courbure : très souvent il s'agit d'un ulcère calleux, étendu, rétractile, haut placé, difficile d'accès. Quoiqu'il s'agisse d'une région bien vascularisée, à bon péritoine, les résultats immédiats sont moins bons qu'au pylore (mortalité : 32,6 %).

Si maintenant nous comparons à ce point de vue nos chiffres à ceux des statistiques antérieures, nous voyons que les chiffres obtenus sont assez variables :

	Mortalité des perforations pour l'estomac	Par le Duodénum
BRUNNER	48 %	80 %
PETREN	67,9 %	72,9 %
STRUTHERS		20 %
ISELIN	43 %	9 %
STEICHELE	42 %	29 %

Il est, d'après l'ensemble de ces chiffres, assez difficile de formuler des conclusions décisives : pourtant, si nous considérons que, pour la plupart des auteurs étrangers, tous les ulcères de la région pyloro-duodénale sont rangés sous l'étiquette « ulcère duodénal »,

nous constatons que, pour la plupart des auteurs, comme pour nous (et mises à part des statistiques anciennes, antérieures à la mise au point des techniques opératoires), les ulcères perforés proprement gastriques apparaissent comme grevés d'une plus forte mortalité que ceux de la région pyloro-duodénale.

4° *Mortalité suivant les techniques opératoires* : Sur 194 observations nous avons trouvé 178 fois mention de la technique opératoire précise qui a été pratiquée ; ces 178 cas se répartissent de la façon suivante :

Les Techniques		Mortalité	
85	suture + gastro + drain sus-pubien	17	20 %
33	suture + gastro sans drain sus-pubien ..	8	21,8 %
25	suture sans gastro avec ou sans drain ..	7	28 %
23	suture + gastro + drain in situ avec ou sans drain sus-pubien	9	39,3 %
11	tamponnement avec ou sans gastro	4	63,6 %
1	pylorectomie	0	0 %

Nous dirons tout de suite qu'il ne faut pas interpréter ces chiffres de façon trop absolue. Il est, en effet, absolument nécessaire de tenir compte des circonstances cliniques dans lesquelles ces diverses techniques ont été appliquées.

En premier lieu, il est évident qu'on doit mettre à part le cas traité par pylorectomie, avec succès. On ne peut tirer aucune conclusion de ce seul cas clinique.

D'autre part, il convient de discuter un peu la valeur des chiffres dans les 11 cas où il a été pratiqué un simple tamponnement : il s'agissait en effet, de toute évidence, dans ces cas, soit de malades opérés tardivement, en pleine péritonite, chez qui c'était la

seule manœuvre à tenter en raison du mauvais état général ; soit de cas où, anatomiquement, la suture était irréalisable. Sans doute, nous restons persuadés que le simple tamponnement doit être une manœuvre d'exception, réservée aux cas où il est imposé soit par l'état local (ulcère haut situé, inaccessible, tissus friables, énorme perforation en pleine callosité), ou par l'état général (péritonite généralisée, malade très shocké). Il reste cependant une manœuvre de désespoir, rapide, simple, et qui compte de beaux succès à son actif, et dont il ne faudrait pas juger la valeur uniquement d'après le chiffre brutal de la mortalité opératoire.

La forte mortalité des cas avec drainage *in situ* ne doit pas être, de même, mise entièrement à la charge du drainage. Il est évident que les cas qu'on a ainsi drainés sont de mauvais cas (opérés tardivement, avec suture ou hémostase peu satisfaisante). Il n'en reste pas moins qu'il paraît illogique de laisser drains ou mèches au voisinage d'une suture viscérale, toutes les fois que cette suture a pu être réalisée de façon correcte.

Au contraire, il nous paraît intéressant de constater, dans les cas opérés sans drainage sus-pubien, une plus forte mortalité que dans les cas avec drainage sus-pubien. Ceci doit être interprété en faveur de ce drainage. En effet, les cas où on ne met aucun drainage sont vraisemblablement les meilleurs, ceux opérés assez précocement pour qu'on espère éviter toute suppuration intra-péritonéale : si donc la mortalité y demeure plus forte, c'est que le drainage — malgré ses

inconvenients sur lesquels nous reviendrons — garde d'incontestables avantages.

Quant aux autres chiffres, ils sont nettement en faveur de la triple opération : suture + gastro-entérostomie + drain sus-pubien, celle qui est pratiquée comme opération de choix par la plupart des chirurgiens dont nous analysons la pratique. C'est celle qui donne, sur 85 cas, pris sans distinction d'âge et d'horaire, une mortalité de 20 %, mortalité dans laquelle une seule fois l'issue fatale a pu être mise au passif de la gastro-entérostomie (obs. 20) et une seule fois au passif de drainage sus-pubien. Nous verrons plus loin, au chapitre des conclusions thérapeutiques, comment on peut espérer, dans une certaine mesure, éviter les complications de ces deux manœuvres, tout en gardant leurs avantages. Il nous suffit, pour l'instant, d'insister sur le fait que les chiffres statistiques sont nettement en faveur de la technique associant à la suture de la perforation le drainage de Douglas et la gastro-entérostomie rapide au bouton de Jaboulay.

5° QUELLES ONT ÉTÉ LES CAUSES DE LA MORT ?

Sur 55 décès, 36 fois les observations nous ont permis d'établir de façon nette les causes d'issue fatale :

A) PÉRITONITE DIFFUSANTE :

9 fois la mort a été occasionnée par la *péritonite diffusante*. Ces cas doivent être divisés en deux catégories :

Dans une première série, qui comprend 6 cas sur 9,

le péritonite était déjà très marquée avant l'opération. Il s'agissait de malades vus tardivement après leur perforation. Tels sont les cas des observations 52, 35, 6, 5, 4, 50. Dans le cas de l'observation 52, le malade est amené au 4^e jour en pleine péritonite. A l'intervention, on constate par l'incision de Mac Burney, pratiquée par suite d'une erreur de diagnostic, des anses dilatées, recouvertes de fausses membranes. Le malade meurt le soir même. Le fait se passe de commentaire et ne peut vraiment faire condamner aucun mode de traitement. Il est bien connu qu'à cette heure le pronostic est fatal, mis à part les cas exceptionnels tels que ceux signalés par OUDARD, d'une guérison à la 79^e, et d'une autre à la 94^e heure. Dans les 5 autres cas opérés tardivement (de la 24^e à la 40^e heure), les lésions péritonéales étaient si nettement marquées qu'il restait peu d'espoir, dès l'intervention, de sauver ce malade. Dans l'observation 6, après avoir enfoui l'ulcère, on pratique une iléostomie sur la première anse grêle, tant la péritonite paraît grave. A l'ouverture de la fosse iliaque gauche, il s'écoule une grande quantité de pus franc.

Ces décès ne sont pas à mettre au compte du traitement chirurgical. Le malade était vu trop tard, et porteur de lésions au-dessus des ressources de toute thérapeutique.

Beaucoup plus intéressants sont les 3 autres cas de mort par péritonite au point de vue des enseignements qu'on en peut tirer.

Dans l'observation 49, il s'agit d'un malade opéré d'une perforation d'un ulcère calleux de la petite

courbure. Après l'opération (enfouissement, drain sous-hépatique, G. E. A.), l'état général périclité lentement. Après apparition d'une fistule gastrique au 8^e jour, la mort survient au 16^e. Les conclusions de l'autopsie sont très nettes : péritonite généralisée due à la réouverture de la perforation. Ce cas est donc à retenir car, en plus de l'enfouissement, la gastro-entérostomie avait été pratiquée et assurait la vidange de l'estomac : la distension gastrique ne pouvait donc être rendue responsable de l'échec de la suture. Cet échec montre que si, dans la grande majorité des cas, l'enfouissement est satisfaisant, on ne saurait cependant trop soigner ce temps opératoire : tous les auteurs ont insisté sur la nécessité de faire deux plans en prenant de l'étoffe loin des lésions calleuses, ou simplement infiltrées qui bordent la perforation ; de toujours compléter par une épiplooplastie qui vient renforcer les sutures, etc... Et il est bien certain que de tels cas, si la suture satisfaisante ne peut pas être faite, justifieraient alors la pratique d'une gastro-pyloréctomie, lorsque celle-ci est techniquement réalisable dans des conditions de suffisante rapidité.

L'observation 20 nous révèle une complication qui n'est pas spéciale à l'ulcère perforé, puisqu'il s'agit d'un cas de sphacèle de la bouche de gastro-entérostomie, avec désunion du bout intestinal, vérifié à l'autopsie. Un pareil cas ne doit pas être invoqué comme un argument contre la gastro-entérostomie, en raison de son caractère tout à fait exceptionnel (une fois sur 85 gastro-entérostomies) ; il est à retenir seulement pour montrer la nécessité absolue d'une correcte ap-

plication du bouton de Jaboulay, et, au cas où cette application resterait imparfaite, de sutures séro-séreuses de renforcement.

La troisième observation (n° 34) est une péritonite diffuse à marche subaiguë, avec décès au 3^e jour. L'autopsie n'a pas été pratiquée. Elle ne permet donc aucune conclusion.

Il nous a paru intéressant de noter que, dans ce groupe, il s'agit de malades relativement jeunes, âgés de moins de 50 ans (sauf celui de l'obs. 4) et chez qui, par conséquent, on ne peut invoquer l'insuffisance des réactions de défense organique du fait de l'âge.

B. SHOCK OPÉRATOIRE :

Le shock opératoire est la deuxième cause de mort par ordre de fréquence. Nous publions 8 cas de mort par shock opératoire. Il s'agissait de malades à l'état général si gravement atteint que 3 d'entre eux (obs. 10, 45 et 3) sont morts pendant l'intervention. Les autres moururent quelques heures après, ou le jour même de l'intervention. C'est là, la rançon de la chirurgie d'urgence faite dans des conditions générales défectueuses. On peut seulement se demander quelle a été la part de l'anesthésie, dans de tels cas, dans le shock opératoire, et si une pratique plus large de l'anesthésie locale chez de tels sujets, opérés tard, ne pourrait pas diminuer cette proportion.

Dans ce groupe, nous n'avons pas constaté, comme plusieurs auteurs, STENBUCK, de New-York, en particulier, que l'âge ait été un facteur très important de

mortalité. Aucun de nos malades n'avait plus de 50 ans. Nous croyons qu'il s'agit de malades vus très tardivement après leur perforation, dans des conditions générales de résistance défectueuse, et chez qui le degré avancé des lésions péritonéales rendait fatale toute intervention, si bénigne et si rapide fut-elle. Ces morts relèvent donc en réalité de la péritonite, et, comme les précédentes, sont à porter au passif du diagnostic trop tardivement fait.

C. LES COMPLICATIONS PULMONAIRES :

Nous les étudierons au chapitre des complications, car la plupart ont eu une issue heureuse. Cependant, 7 cas de morts dans notre statistique leur sont imputables : cette forte proportion est à retenir.

D. AUTRES CAUSES DE MORTALITÉ :

En dehors de ces trois grandes causes de mortalité, nous relevons dans nos observations un certain nombre de faits (12 cas) où la mort est due à des causes diverses :

1° Trois fois la mort a été due à l'apparition d'une *fistule gastrique* (obs. 13 et 11) ou *duodénale* (obs. 24). Nous étudierons, au chapitre des complications, les conditions dans lesquelles apparaissent ces fistules et celles de leur prophylaxie. Leur gravité doit être retenue, ainsi que le fait qu'il s'agissait de cas où on avait laissé un drainage au contact d'une suture peu satisfaisante.

2° Dans 4 cas, la mort a été observée à la suite de

complications suppuratives localisées : abcès du Douglas (obs. 42), abcès de la fosse iliaque (obs. 48), abcès du foie (obs. 21), parotidite suppurée (obs. 16).

3° Dans 2 cas, la mort a été due à une *hémorragie gastrique ou duodénale post-opératoire* (un mœlena, une hématomèse).

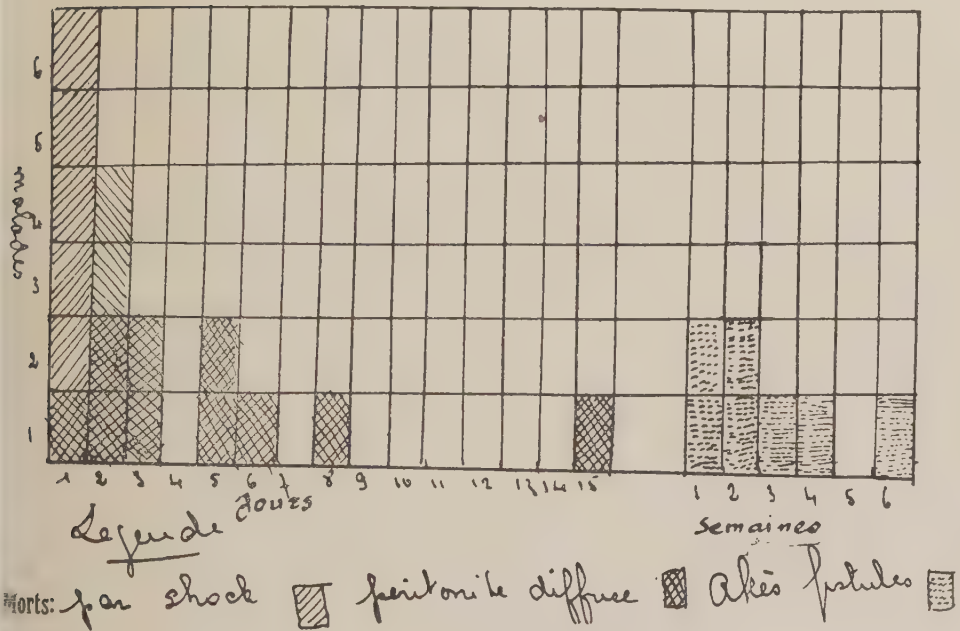
4° Une mort au 3^e jour a été la conséquence d'une *éviscération post-opératoire*.

5° Dans une dernière observation publiée par DESJACQUES à la Société de Chirurgie de Lyon, la mort enfin a été la conséquence d'une *occlusion post-opératoire* due à l'agglutination des anses grêles au contact de l'orifice de drainage sus-pubien. Nous avons une autre observation (n° 54), où la mort a été due à une occlusion de l'intestin grêle, due à l'agglutination des anses grêles au contact de l'incision iliaque qui avait été pratiquée par suite d'une erreur de diagnostic, et par laquelle on avait laissé un drain plongeant dans le Douglas. Nous discuterons dans le chapitre des complications post-opératoires la question de ces occlusions et du rôle du drainage sus-pubien. Nous n'y voulons pas insister ici.

De cette étude des conditions et des causes de la mortalité post-opératoire, on peut tirer quelques conclusions :

1° En premier lieu, il est intéressant de noter la période des suites opératoires où se produisent les complications pouvant aboutir à la mort. L'étude du *graphique ci-joint* montre qu'il existe trois sommets sur la courbe de la mortalité. Un premier dans la période post-opératoire immédiate : ce sont les morts

dites par shock, du premier au troisième jour. Un deuxième à la fin de la première semaine, et qui correspond aux péritonites diffusantes progressives. En-



Causes de mortalité

fin, un troisième autour de la quatrième semaine : il s'agit là de complications secondaires, la plupart du temps suppuratives, parfois de fistules ou d'occlusion.

De ces trois périodes, la première est évidemment la plus dangereuse, et l'on peut dire que, dans la majorité des cas, les opérés d'ulcère perforé qui ont passé la première semaine, évolueront vers la guérison.

2° L'étude des *causes des mortalités*, d'autre part, montre que parmi elles il en est qui sont la rançon de

toute opération abdominale (éviscération, occlusion post-opératoire, ect...). Contre celles-ci on peut espérer que l'amélioration des techniques pourra agir dans une certaine mesure, mais il est à craindre qu'on ne puisse les supprimer complètement.

Les autres, au contraire, (péritonite, shock chez des malades opérés trop tard, complications pulmonaires par embolie microbienne, suppurations à distance) diminueront très certainement de fréquence avec la précocité du diagnostic et de l'acte opératoire, ainsi qu'avec l'amélioration des techniques. C'est là qu'on peut espérer encore un très grand progrès dans l'avenir, tant au point de vue mortalité qu'au point de vue de la morbidité.

CHAPITRE IV

Complications secondaires

L'intervention faite, le malade n'est pas hors de danger, et il doit être soumis à une surveillance rigoureuse. Sans doute, il est de nombreux malades chez qui les suites sont très simples, et chez qui les soins post-opératoires se réduisent à ceux de toute laparotomie : glace, immobilité, sinapisation et vaccinothérapie préventives de complications pulmonaires, diète absolue pendant 24 heures avec sérum en goutte à goutte rectal et injections stimulantes, puis le lendemain, quelques cuillerées à café de liquide, d'heure en heure ; à partir du troisième jour, bouillon, café au lait, potage. Peu à peu l'alimentation solide est reprise. Dans la plupart de nos cas, l'ablation des fils a eu lieu du huitième ou dixième jour, et le lever du douzième au quinzième.

Mais, à côté de ces cas simples, il en est d'assez nombreux où les suites sont troublées par *des complications* : Si nous laissons de côté les cas de *shock opératoire mortel*, déjà signalé, et les *péritonites généralisées* rapidement fatales, dont les causes ont été analysées dans le précédent chapitre, ces complications peuvent être classées en :

- 1° *Complications pulmonaires et pleurales ;*
- 2° *Complications de suppurations localisées ;*
- 3° *Fistules gastriques ou duodénales post-opératoires ;*
- 4° *Hémorragies gastriques ou duodénales ;*
- 5° *Occlusions post opératoires ;*
- 6° *Eventrations précoces.*

1. — *Incidents pulmonaires*

Nous commencerons donc l'étude de ces complications secondaires par les *incidents pulmonaires*. Ils sont très fréquents puisque nous les avons trouvé notés 25 fois. Et certainement, les petites congestions fugaces des bases, et les bronchites légères ont été souvent passées sous silence. C'est donc la complication la plus fréquente.

Les manifestations ont été très variables, depuis la congestion fugace des bases cédant facilement au traitement médical, jusqu'à la broncho-pneumonie, rapidement mortelle.

Les observations 73, 68, 67, 66, 59, sont des exemples (et il y en a eu certainement beaucoup plus en réalité) de ces congestions pulmonaires légères. Dans ces cinq observations, nous trouvons portée cette complication comme un incident sans gravité des suites opératoires. Vers le deuxième ou le quatrième jour, le malade ressent un point de côté à une base, il a une légère poussée thermique, on trouve à l'examen quelques râles dans un côté. Quelques jours de traitement

médical ont suffi à faire rentrer ces accidents dans l'ordre.

Deux fois il s'est agi d'*infarctus pulmonaire*. Le premier (obs. 74) survint le vingt-deuxième jour, avec tous les signes classiques, fut suivi d'un épanchement pleural et guérit bien. Le second, (obs. 14) survint le cinquième jour, et coïncida avec un moeela abondant. Le malade mourut au dixième jour avec des signes d'hémorragie interne. On peut se demander, sans pouvoir l'affirmer, si ce malade n'a pas fait un infarctus mésentérique.

La *pleurésie purulente* secondaire vint compliquer deux fois les suites opératoires. Dans un cas (obs. 47), apparurent des phénomènes pulmonaires au quarantième jour, à gauche. La ponction ramène du pus. On pratique une pleurotomie. Le malade meurt dans l'hecticité. L'observation 39 nous montre un malade de 51 ans, qui presenta un vomique au trente-septième jour ; à ce moment, on trouve des signes d'épanchement à la base droite. La ponction ramène du liquide purulent, on pratique une pleurotomie avec résection costale. Deux mois plus tard, le malade meurt après avoir présenté une crise épileptiforme à prédominance gauche. A l'autopsie : abcès du cerveau siégeant dans le lobe occipital.

Les autres morts relèvent de formes pneumoniques ou broncho-pneumoniques très graves.

Il est intéressant de noter que, dans aucune observation, nous ne trouvons porté le diagnostic d'atélectasie pulmonaire aiguë post-opératoire. Il est intéressant de noter ce fait puisque c'est précisément dans

la chirurgie gastrique que les auteurs ont particulièrement signalé cette complication.

Donc : *importance des complications pulmonaires*, puisqu'elles ont provoqué 8 décès chez des malades qui, par ailleurs, allaient très bien au point de vue abdominal. Cette proportion est-elle plus forte que dans les interventions gastriques à froid ? Oui, si on la compare aux études portant sur les suites opératoires des ulcères ou néoplasme gastrique en général. Ceci tient sans doute à l'impossibilité de soumettre ces malades à une préparation préopératoire, en particulier à la vaccinothérapie préventive au vaccin de Weill et Dufour, ainsi que le préconisent Delore et Jouve, mais aussi et surtout aux conditions particulières du « terrain » dans ces opérations pour ulcère perforé.

QUELLE EST EN EFFET LA NATURE DE CES COMPLICATIONS PULMONAIRES ?

Sont-elles par inhalations ou par infarctus ? Avec la majorité des auteurs, il faut plutôt conclure à la nature infarctoïde ou par embolie microbienne, qui a comme point de départ le foyer opératoire. Cette fréquence des complications pulmonaires s'explique alors puisqu'on sait, depuis les travaux importants de DUVAL et MOUTIER, et ceux de DELBET, que la perforation s'accompagne toujours d'une poussée inflammatoire, les poussées d'activité de l'ulcère, et la perforation entre autres, correspondant à des poussées inflammatoires.

2. — *Complications de suppuration localisées*

Elles se présentent sous plusieurs aspects anatomo-cliniques, les uns correspondant à des *péritonites enkystées suppurées*, les autres à de véritables *suppurations métastatiques*.

a) PÉRITONITES ENKYSTÉES SUPPURÉES. — Leur localisation la plus classique est l'*abcès résiduel pelvien*. Plusieurs fois nos malades ont présenté un empâtement inflammatoire du Douglas. Dans l'obs. 78, il a fallu inciser par voie rectale la collection, ce qui amena la guérison. Au contraire, dans l'observation 42, la mort survint malgré cette incision. Dans l'observ. 83, il se produit un abcès du Douglas qui s'évacue spontanément par le rectum et guérit aussi.

Il est intéressant de signaler que les deux premiers cas d'abcès du Douglas eurent lieu chez des malades qui n'avaient pas eu de drain sus-pubien, au contraire, dans la dernière observation, il y avait eu un drain sus-pubien. De cette proportion il nous semble que l'on peut conclure à l'efficacité du drainage sus-pubien comme traitement préventif des suppurations du cul de sac de Douglas, puisque sur trois cas d'abcès du Douglas, deux (66,6 %) n'avaient pas été drainés.

Trois fois, nous avons observé des collections suppurées enkystées dans la fosse iliaque droite. Il s'agit là en somme d'une péritonite enkystée, résiduelle, comparable aux collections pelviennes post-appendiculaires, mais dont la caractéristique est le siège un peu spécial. Nous n'avons pas retrouvé dans la litté-

rature de pareils cas. Leur connaissance est cependant utile, en raison du traitement qui nécessite un acte chirurgical précoce avant la rupture en péritoine libre. Tels sont les cas des observations 80, 48 et 35, dont le premier guérit après incision, et dont les deux autres furent suivis de mort, après ouverture spontanée dans le péritoine.

Au point de vue pathogénique, la disposition anatomique nous explique leur localisation. Le liquide épanché, en effet, suit toujours la gouttière pariéto-colique droite, et vient s'accumuler dans la fosse iliaque. Là, les adhérences, la séreuse péritonéale, les anses intestinales enflammées vont le limiter et le cloisonner. Les signes en sont assez nets. Cependant, il faut avoir l'attention attirée, et penser à la possibilité de cette complication. La température monte progressivement vers le dixième jour, le malade se plaint du ventre. A l'examen, on perçoit un plastron induré dans la fosse iliaque droite. Le drainage précoce par incision para-rectale droite doit amener la guérison.

Par cet exemple est démontrée encore une fois l'utilité du drainage dans la fosse iliaque, qui est souvent pratiqué, lorsque par suite d'une erreur de diagnostic on a cru à une appendicite, et pratiqué une incision de MAC BURNEY. Certains chirurgiens prétendent même qu'il faudrait la faire systématiquement et substituer cette voie au drainage sus-pubien : on laisse alors deux drains, l'un plongeant dans le Douglas, l'autre évacuant la gouttière pariéto-colique droite. TIXIER et CLAVEL ont insisté sur les avantages de cette technique, tant au point de vue du drainage que, ainsi

que nous le verrons, pour la prophylaxie des occlusions post-opératoires.

b) SUPPURATIONS MÉTASTATIQUES. — Elles sont plus rares. En dehors du cas d'*abcès encéphalique* que nous avons déjà signalé chez un malade atteint de pleurésie purulente (obs. 39), nous avons rencontré un *abcès du foie* (obs. 21), qui entraîna la mort d'un de nos malades au quarante-troisième jour. Il avait subi, pour un ulcère de la petite courbure, l'intervention habituelle, sans aucune difficulté apparente. Le vingtième jour, il était en bonne voie de guérison lorsqu'il fut pris de fièvre à grandes oscillations. Il ne se plaignait de rien. On ne trouva rien à la plaie et à l'abdomen. Malgré les injections d'urotropine, il mourut au quarante-troisième jour. La vérification révéla au niveau du foie deux petits abcès de la grosseur d'une mandarine. Dans ce cas, le traitement chirurgical aurait peut-être pu sauver le malade, mais aucun signe n'attira l'attention du côté du foie, et la suppuration hépatique fut une trouvaille d'autopsie.

Nous avons ainsi observé 7 cas d'abcès à distance dans les suites opératoires. Ce chiffre nous paraît relativement élevé. Nous manquons à ce point de vue d'éléments de comparaison, car on ne trouve pas en général dans les statistiques d'études complètes sur les suites opératoires proches. GUILLEMINET et LATREILLE, dans un article du *Journal de Chirurgie* de 1929, signalent bien trois fois un empâtement inflammatoire du Douglas, mais une seule fois cet empâtement est allé jusqu'à l'abcès. La plupart des autres travaux

sont muets sur ce point. Il nous semble bien que ces complications sont plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. La septicité du liquide gastrique épanché joue certainement un grand rôle dans leur production. Si dans la majeure partie des cas, il est stérile au cours des premières heures, comme le croyait LECENE, il nous est arrivé de trouver des microbes, même du streptocoque hémolytique, dans ces premières heures. Aussi les cultures de liquides ont une grande valeur pronostique et permettent-elles de prévoir, dans une certaine mesure, les complications suppurées secondaires. Ces constatations constituent incontestablement un argument en faveur du drainage des points déclives du pelvis.

Ces complications suppurées sont, en effet, d'apparition relativement tardive, et de symptomatologie fruste. Les malades se sont remontés de leur shock, ont un ventre souple, lorsque généralement, la deuxième ou la troisième semaine, on voit apparaître une fièvre oscillante indice de suppuration. Dès lors on doit penser à l'abcès, en connaître les principales localisations, pour le rechercher méthodiquement.

En résumé, dans ces complications suppurées, il faut distinguer deux ordres de faits : 1° *Des simples péritonites enkystées résiduelles* se produisant au niveau des points où le liquide septique se collecte : Douglas, fosse iliaque ; 2° *Des suppurations infectieuses métastatiques*, abcès du foie, abcès du cerveau, de pathogénie comparable à celle des complications pulmonaires par embolie microbienne.

Nous signalerons avant de terminer l'étude de ces complications suppurées, un cas de psoïte (obs. 57), survenue un mois après l'opération. Elle fut traitée par incision et guérie.

Enfin, une *parotidite suppurée* (obs. 16). Il semble qu'il faille attribuer à cette parotidite l'indication pronostique habituelle, c'est-à-dire très mauvaise, que cette complication imprime à toutes suites opératoires chez des malades affaiblis.

3. — *Les fistules gastriques ou duodénales*

Les suites opératoires furent plusieurs fois troublées par l'apparition de fistules gastriques ou duodénales. Dans les trois observations 81, 75 et 72, il s'agissait de perforations de la petite courbure gastrique, haut situées, dont l'une siégeait même sur le cardia. L'enfouissement fut précaire en raison du siège. Mais surtout dans tous les cas, on laissa soit une mèche, soit un drain au contact des sutures. C'est donc bien là la condition étiologique primordiale de l'apparition de ces fistules. La date d'apparition fut variable. Une fois le deuxième jour, les deux autres, les septième et huitième jours. Quant au dernier cas, l'observation 71, il est tout différent. Il s'agit d'un malade qui fit, dans les suites opératoires un moelena très abondant ayant nécessité une gastro-pyloréctomie d'urgence. Secondairement à cette gastrectomie apparut la fistule. Il s'agit là d'une complication non de la perforation elle-même, mais de la gastrectomie. Le traitement

avec CaCl^2 (7 grms par jour), et l'insuline par injection sous-cutanée (30 unités par jour), fut appliqué et amena la guérison.

Trois autres cas (obs. 24, 13 et 11) furent suivis de décès. Il s'agissait encore là de gros ulcères calleux haut situés où les sutures furent jugées insuffisantes et où, chaque fois, on dut laisser une mèche ou un drain in situ. M. PATEL, au Congrès de Chirurgie de 1908, avait préconisé dans ce cas là le traitement par la jéjunostomie. En raison de la gravité très grande de ces fistules (50 % de mortalité), peut-être y aurait-il intérêt à faire une jéjunostomie complémentaire précoce lorsqu'on voit apparaître la fistule ?

4. — *Les hémorragies*

Nous en avons recueilli trois cas dans nos observations. Le premier fut une hématomérose foudroyante survenant au troisième jour et entraînant la mort instantanément. Les deux autres cas furent constitué par du moelena (obs. 71 et 56) et aboutirent tous deux à la guérison. Un de ces cas (obs. 71) fut traité par le Docteur BERTRAND, qui inspira, à ce sujet, la thèse de POIX, préconisant, dans ces cas, la gastro-pyloréctomie après transfusion sanguine. Ces cas ont été déjà étudié antérieurement, PERRIN en ayant rapporté un cas à la Société de Chirurgie de Lyon.

En tout cas, l'existence de ces hémorragies doit être connue. Elles sont heureusement rares, mais peut-être pour les prévoir et les éviter, en cas d'ulcère perforé

au voisinage des gros troncs vasculaires de la petite courbure, serait-il indiqué de joindre au traitement de la perforation une double ligature prophylactique des vaisseaux correspondants ?

5. — *Les occlusions post-opératoires*

Comme à la suite de toute laparotomie, et en particulier de laparotomies pour lésion péritonéale infectées, on peut rencontrer dans les suites proches des ulcères perforés, des occlusions post-opératoires, les unes, mécaniques pures, les autres, les plus fréquentes, mélange de phénomènes mécaniques et de phénomènes d'occlusion paralytique (agglutination d'anse grêle par péritonite localisée). Nous laissons, bien entendu, de côté, le simple iléus dynamique terminal des péritonites diffuses.

Ces occlusions paraissent rares. Nous en avons observé dans notre statistique deux cas seulement (obs. 79 et 54). Son intérêt particulier tient à ce qu'il montre le rapport possible de cette occlusion avec le drainage sus-pubien : en effet, c'est par adhérence d'une anse grêle au niveau de cet orifice de drainage sus-pubien que s'est produite cette occlusion. Dans la séance de la Société de Chirurgie de Lyon où DESJACQUES rapporte cette observation, ROCHET en cite une semblable (obs. 54).

L'existence de ce type d'occlusion amène ces auteurs à discuter les inconvénients, à ce point de vue, du drainage sus-pubien. Sans parler des inconvé-

nients techniques que nous discuterons au chapitre des indications, on lui a reproché (DESJACQUES, ROCHET, TIXIER, CLAVEL, PATEL) d'être facteur d'agglutination des anses grêles au milieu desquelles séjourne le drain, et de risquer ainsi d'augmenter le nombre des occlusions post-opératoires. Sans contester ces reproches, il nous paraît, qu'en tous cas, la rareté de ces occlusions, mise en parallèle avec les avantages du drainage sus-pubien, avantages qui ressortent des chiffres que nous apportons, en fait un argument insuffisant pour le condamner. Condamne-t-on la pratique du Mickulicz dans les affections pelviennes graves parce qu'il a indubitablement provoqué quelques occlusions ?

D'autre part, dans les observations ci-dessus citées, le drain a été laissé en place deux jours dans l'une, quatre jours dans l'autre. Il est inutile de le laisser en place aussi longtemps, car au bout de 24 heures, le drain a rempli son office et peut, sans inconvénient, être supprimé.

Outre l'intérêt de ces discussions pathogéniques, ces occlusions post-opératoires présentent un intérêt du point de vue du diagnostic. En effet, il s'agit souvent d'occlusions hautes qui peuvent faire penser, chez un gastro-entérostomisé, présentant des vomissements bilieux, un ballonnement peu marqué, à un *circulus viciosus*. Ce diagnostic peut être très difficile. La gravité de l'une ou l'autre de ces complications est telle que c'est une raison de plus en faveur d'une intervention itérative précoce commandée par le signe vomissement, non calmé par le lavage d'estomac, « quand la

péritonite généralisée n'est pas en cause » (DESJACQUES).

6. — *Les éventrations précoces*

Nous voulons simplement ici parler des éviscérations aiguës post-opératoires. Les éventrations tardives seront étudiées ailleurs. Nous n'en relevons qu'un cas dans notre statistique, cas qui survint au troisième jour et fut suivi de mort. La rareté de cette complication est sans doute en rapport avec la pratique presque systématique des sutures par fils métalliques ou par crins totaux, soit à titre de sécurité complémentaire, cette suture étant surajoutée à l'habituelle suture en trois plans, soit que, devant la nécessité d'aller vite, on ne fasse que cette suture.

CHAPITRE V

Résultats éloignés

Pour étudier les résultats éloignés des opérés d'ulcère perforé du Service d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous avons envoyé à tous ceux dont nous avons pu savoir l'adresse, une convocation pour la consultation de gastrologie de l'Hôtel-Dieu. M. le Docteur GARIN, médecin des Hôpitaux, et son assistant, notre ami, le docteur BERNAY, ont très aimablement examiné nos opérés au point de vue radiologique, et ont même pratiqué sur nombre d'entre eux des gastrophotographies.

Malheureusement, un assez grand nombre de malades n'ont pu être joints. Ceci s'explique par le recrutement de la clientèle d'hôpital, qui comprend beaucoup d'étrangers et aussi une population flottante partie sans adresse.

Un troisième groupe de malades, enfin, n'a pas voulu, ou n'a pas pu se rendre à nos convocations. Dans ce cas là, nous les avons priés de remplir un questionnaire permettant de nous faire une idée de leur état gastrique. Enfin, il faut noter que nous avons laissé de côté cinq observations de malades, opératoirement

guéris, mais trop récemment opérés pour qu'on puisse en tirer des résultats.

Sur 194 observations, 170 avaient porté l'adresse du malade. Si l'on excepte les malades décédés, ceci représente 115 cas sur lesquels portait notre enquête. 68 malades nous ont répondu et, dans ce groupe, 45 sont venus à l'Hôtel-Dieu se soumettre à l'examen.

D'après l'ensemble de ces recherches, nous avons pu nous faire une idée approximative des résultats de l'intervention pour perforation gastrique. Pour les exposer, nous classerons nos malades en deux grandes catégories :

- 1° *Les malades restés cliniquement guéris ;*
- 2° *Les malades qui présentent des troubles gastriques, soit qu'ils aient persisté après l'opération, soit qu'ils aient réapparu au cours de l'évolution.*

1. — Les malades restés cliniquement guéris

Pour apprécier chez nos malades, aussi exactement qu'il se peut, la guérison clinique de leur ulcère gastrique, et le fonctionnement de leur estomac, nous nous sommes adressés à différents facteurs : enquête sur les fonctions digestives, reprise de poids, recherche des hémorragies (hématémèse et moelena), examens radioscopiques, clichés radiologiques et photographiques. De cette façon, nous pensons avoir évité la possibilité de laisser passer inaperçues, soit une continuation anatomique de leur ulcère, soit l'apparition d'un nouvel ulcère qui aurait pu être très latent au moment de l'examen, pour donner de nouveaux accidents ultérieurement. Autant qu'on peut le dire, en parlant d'un ulcère gastrique, maladie essentiellement tenace et récidivante, à évolution très longue et par poussées successives, on peut donc parler de guérison clinique. Dans l'appréciation de ces résultats, nous avons été particulièrement sévères, ne considérant comme guéris que les malades chez qui véritablement n'existait aucun signe permettant de supposer une survivance de l'ulcère.

Sur 68 malades examinés ou interrogés, 38 avaient de très bons résultats cliniques éloignés, et 4 autres des troubles si légers qu'on peut les considérer comme

rentrant dans la même catégorie, ce qui fait un total de 42. Ce chiffre représente un pourcentage de guérisons de 61,7 %, contrôlées de 1 à 10 ans après l'intervention.

Si nous comparons ces chiffres avec ceux des statistiques antérieures, nous notons dans la statistique de KUMMER, cité par FERMO, le chiffre de 77 % de guérisons éloignées ; LEWISOHN signale, au contraire, 29 % de mauvais résultats éloignés ; JUDINE, dans une statistique de novembre 1929, rapportée par DUVAL à la Société de Chirurgie de Paris, signale 20 % de résultats franchement mauvais, et 25 % de résultats médiocres. Dans ces divers travaux, l'intervention pratiquée avait été la suture, associée ou non, à la gastro-entérostomie.

En face de ces résultats qui paraissent encore moins favorables que ceux donnés par notre statistique, nous trouvons, il est vrai, d'autres chiffres plus favorables : à Lyon, PATEL signale, le 10 janvier 1924, à la Société de Chirurgie, trois résultats éloignés excellents datant de 12, 4 et 1 an. Le 14 février 1924, PERRIN rapporte huit cas satisfaisant de 4 ans à 6 mois. Dans une communication au Congrès français de Chirurgie de 1931, BÉRARD et DESJACQUES, sur un total de 15 cas, donnent 14 bons résultats.

Le pourcentage de guérisons que nous observons est donc inférieur à celui de ces dernières statistiques portant sur des cas lyonnais. Il nous semble que la raison en est dans le fait que notre statistique porte sur une très longue période. Il nous a été donné fréquemment d'observer des rechutes, ou des nouveaux

accidents, au bout de sept à huit ans, alors que nombre de statistiques portent sur des cas plus récents.

Ces résultats globaux énoncés, il nous reste à voir si la proportion des guérisons varie avec la *localisation* de l'ulcère et avec la *technique opératoire employée*.

a) ***Les résultats suivant la localisation de la perforation***

Pour répondre à cette question, citons des chiffres.

Sur 38 guérisons, il s'agissait de :

11 perforations duodénales,

14 perforations pyloriques,

13 perforations de la petite courbure.

Ce qui, en comparant au nombre total de malades examinés, donne un pourcentage de :

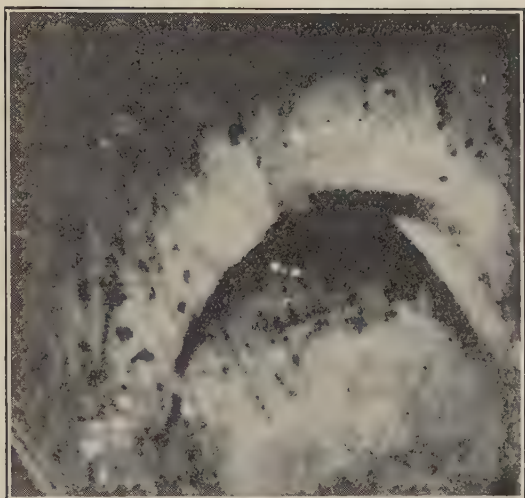
Guérison dans les ulcères duodénaux.....	62,50 %
— — — — — pyloriques	59,09 %
— — — — — petite courbure..	81,25 %

Ce résultat est paradoxal, car on aurait pu croire que le pronostic éloigné était meilleur dans les ulcères orificiels ou juxta-orificiels. Il convient de signaler le contraste qui existe, pour les ulcères de la petite courbure, entre les résultats immédiats et les résultats éloignés. Plus graves dans leurs suites immédiates, les perforations de la petite courbure paraissent plus bénignes dans leurs suites éloignées. Il serait intéressant de rechercher s'il s'agit là du hasard d'une statistique, ou si les mêmes observations ressortent des résultats

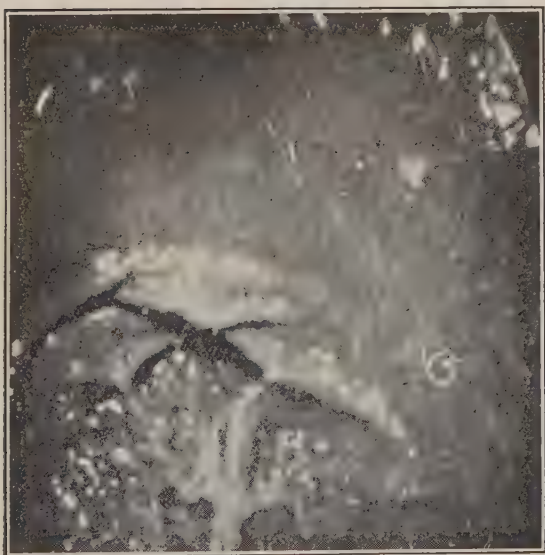
notés par d'autres chirurgiens. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé de documents à ce sujet.

b) *Les résultats suivant la technique suivie*

Il ne nous est pas possible de comparer de façon absolument valable les résultats éloignés suivant les différentes techniques. Dans la majorité des cas, en effet, l'intervention a été la même : suture et enfouissement de la perforation associés à la gastro-entérostomie et au drainage sus-pubien. En face de 49 cas suivis où cette triple intervention a été pratiquée, nous ne trouvons que quatre cas suivis à distance où il n'ait pas été fait de gastro-entérostomie. Nous ne saurions, d'un aussi faible chiffre où le hasard des cas cliniques risque trop de fausser dangereusement une proportion, tirer une conclusion définitive. Toutefois, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que sur les quatre cas opérés sans gastro-entérostomie, un seul (25 %), a eu un résultat éloigné parfait, tandis que sur quarante-neuf cas opérés avec gastro-entérostomie, trente-quatre (69 %) ont eu de bons résultats éloignés. Sans vouloir tirer de ces chiffres plus qu'une *impression*, nous sommes d'avis qu'ils constituent un argument valable en faveur de la gastro-entérostomie associée.



Angulus normal



Photographie foie 2 mois
après intervention pour ulcère pylorique perforé
Déformation de l'angulus
due à l'enfouissement de l'ulcère

Quoi qu'il en soit, nous avons pu noter à l'examen radioscopique quelques particularités sur la *PHYSIO-PATHOLOGIE* de ces estomacs qui nous paraissent intéressantes à signaler.

La plupart du temps, on ne retrouve aucune trace radioscopique de la *perforation*. Le péristaltisme gastrique est normal, sauf dans les cas où il y a de la périgastrite. On peut d'ailleurs trouver des signes radiologiques de périgastrite chez des sujets qui ne présentent aucun trouble, ni douloureux ni digestif. Mais si la radioscopie, et même la radiologie n'ont pu déceler aucune trace de l'enfouissement, par contre, nous avons obtenu un cliché photographique montrant d'une façon remarquable une déformation de l'angulus due à l'enfouissement de la perforation d'un ulcus prépylorique.

L'*évacuation gastrique* se fait de façon différente. Dans la moitié des cas environ, l'estomac se vide par la bouche seulement, dans d'autres cas, il se vide à la fois par la bouche et par le pylore; enfin, très rarement, presque complètement par le pylore, quelques bouchées seulement passant par la bouche de gastro-entérostomie. Il semble donc bien que dans un certain nombre de cas, même chez des malades restés guéris, la bouche de gastro-entérostomie ait subi cette obturation cicatricielle, étudiée par JABOULAY, GAYET, DELORE, MICHON et POLLOSSON, et qui est incontestablement plus fréquente qu'à la suite de la gastro-entérostomie à la suture. Nous reviendrons sur ce point un peu plus loin. Nous avons noté que dans les autres cas la bouche anastomique fonctionnait convenable-

ment, même si, comme c'est souvent le cas dans ces opérations d'urgence, elle est placée beaucoup trop à gauche, beaucoup trop loin du pylore.

Si la proportion des malades guéris est relativement faible, dans notre statistique, par rapport à certaines études antérieures, et aussi par rapport aux résultats éloignés des interventions pratiquées à froid sur les ulcères gastriques (dans son rapport sur les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal présenté en 1928 au Congrès français de Chirurgie, DELORE donne une proportion de 74 % de bons résultats pour les cas traités par gastro-entérostomie simple), il faut insister sur la *qualité* de ces guérisons. Les malades n'ont absolument aucun trouble, mènent une vie parfois très active, ne suivent souvent aucun régime.

Peut-on invoquer quelque raison à cette excellente guérison ? Peut-être la cicatrisation parfaite de l'ulcère est-elle due à l'enfouissement, ou bien, comme le pense M. PATEL, est-ce que l'ulcère s'élimine en quelque sorte comme à l'emporte-pièce, au moment de la perforation. Peut-être aussi cette guérison s'explique-t-elle (puisqu'on peut la voir sans gastro-entérostomie complémentaire), par le mécanisme invoqué par LERICHE (Congrès de Chirurgie 1928). « Si un ulcère se cicatrise après un simple enfouissement, écrit cet auteur, c'est parce que la vaso-dilatation gastrique post-opératoire met le tissu conjonctif sous-muqueux en condition de néo-formation ». Combien plus active que la vaso-dilatation produite par une gastro-entérostomie à distance, sera, en effet, celle déterminée au

niveau de l'ulcère par sa suture et son enfouissement. Quoi qu'il en soit de l'explication pathogénique, il nous faut constater le fait. Dans certains cas, on peut donc conclure que la perforation, si elle guérit, a une influence heureuse sur l'avenir et arrête l'évolution de la maladie ulcéreuse. Malheureusement ce fait, d'observation fréquente, ne mérite pas pourtant d'être érigé en règle générale, comme ont voulu le dire certains auteurs. La variabilité habituelle d'évolution et de pronostic de l'ulcère gastrique se retrouve dans l'évolution des ulcères perforés guéris et, dans plus de 30 % des cas, nous allons le voir, les opérés qui ont échappé à la péritonite restent des malades.

2. — Les malades qui présentent des troubles éloignés

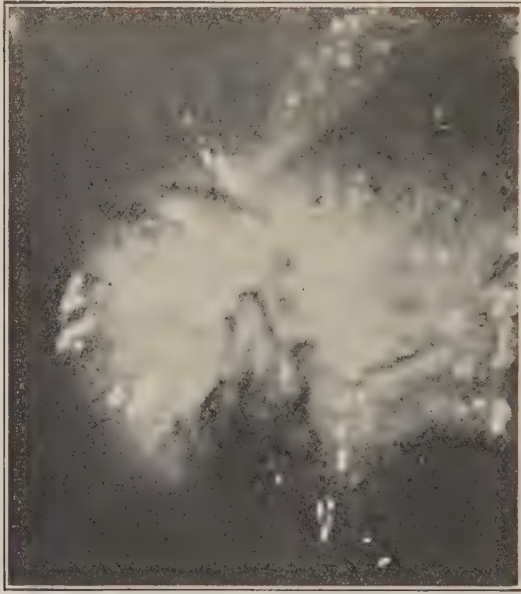
a) *Troubles fonctionnels simples*

Il serait faux de croire que tous les troubles observés chez ces malades sont causés par la persistance ou la réactivité ou la récurrence de l'ulcère. L'analyse des cas observés nous a permis de les classer en trois grandes catégories.

Dans un premier chapitre, nous étudierons les malades qui, après leur intervention, ont continué à présenter de petits troubles digestifs. Il s'agit là d'un groupe de cas présentant des symptômes assez variés : douleurs légères, régurgitation acide, ballonnement, lenteur de la digestion, quelquefois vomissements, — mais qui se rattachent entre eux par le fait que ce sont toujours des accidents bénins, cessant en général par un régime approprié. Chez ces malades, l'examen clinique et radioscopique n'a permis de déceler aucune lésion anatomique précise. L'évacuation gastrique se fait bien et on ne trouve pas trace, ni d'ulcère de l'estomac, ni d'ulcère gastro-jéjunal.

QUELLE EST LA NATURE EXACTE DE CES ACCIDENTS ?

Dans un certain nombre de cas, il peut s'agir de *troubles à type aérophagiques*, chez des malades nerveux, cédant facilement à une saine hygiène alimentaire. D'autres fois, il s'agit certainement de ces poussées de *gastrite*, de *duodénite*, de *jéjunite*, sur lesquelles



Orifice de gastro-entérostomie (au bouton)
avec gros plis

Œdème de la bouche de gastro-entérostomie

les GOSSET a attiré l'attention dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1931, et qui ont été étudiées à Lyon par BOUCHUT et PAUPERT-RAVAUT. Ceci n'est d'ailleurs pas qu'une simple hypothèse. Nous reproduisons ci-dessus une image de gastro-photographie prise chez

l'un de ces malades et nous montrant de façon typique cette gastrite à gros plis prédominant autour de la bouche anastomotique, et cause des accidents. Un traitement rationnel par le bismuth, joint à un régime sévère, aura le plus souvent raison de ces poussées inflammatoires aiguës, mais généralement bénignes. Cette notion est d'une importance pratique très grande. Il faut connaître l'existence de ces gastrites, bien étudiées grâce à la photographie gastrique, et ne pas conclure trop hâtivement chez un ancien opéré, qui vomit ou qui souffre, à l'existence d'une sténose, ou d'un ulcère (récidive de l'ulcère ou ulcère peptique).

Ces malades sont susceptibles de présenter les mêmes troubles fonctionnels qu'un certain nombre de gastro-entérostomisés pour ulcère simple ; troubles connus et étudiés depuis longtemps par les médecins qui ont insisté sur l'utilité de l'hygiène et du régime longtemps poursuivis après l'intervention pour ulcère, ceci, non seulement pour éviter les récidives, mais encore pour éviter les simples troubles fonctionnels. S'il est excessif d'écrire qu'un gastro-entérostomisé reste « un malade », il n'en est pas moins vrai que, dans nombre de cas, la qualité de sa guérison ne peut persister qu'à cette condition.

b) *Récidive de la « maladie ulcéreuse »*

À côté de ces cas qui constituent, en somme, des résultats médiocres, nous étudierons des résultats franchement mauvais. Il s'agit alors de la persistance ou

de la réactivation de l'ulcère malgré l'opération. Nous y ferons entrer également deux cas d'*ulcère peptique sur la bouche gastro-jéjunale*.

Tels sont les cas des observations 72 et 62, dans lesquels les douleurs persistèrent après l'opération, avec un horaire d'ulcère, et où une entérorrhagie vint signifier l'organicité de ces accidents. Tel est aussi le cas de l'observation 136, où il s'agit d'un malade opéré en août 1925, pour une perforation de la petite courbure, qui resta bien guéri jusqu'en septembre 1932. A ce moment-là il se met à souffrir et à présenter des vomissements. A l'examen radioscopique, l'estomac se vide par la bouche de gastro-entérostomie uniquement. Celle-ci ne présente pas d'image particulière, mais sa palpation est nettement douloureuse. En raison des douleurs particulièrement violentes et des constatations faites sous l'écran, on pose le diagnostic d'ulcère peptique. Cette observation nous offre un exemple de la chronicité des ulcères de l'estomac, puisqu'il semble y avoir une récurrence sur la bouche de gastro-entérostomie *sept ans* après l'opération : (On sait en effet (DELORE, LERICHE) que l'ulcère peptique doit être interprété comme un ulcère récidivant de même nature que l'ulcère primitif, mais à localisation spéciale, du fait de l'« hétérotopie intestinale » (LERICHE) créée sur la grande courbure gastrique, et de l'absence de protection de l'anse jéjunale contre le suc hyperacide).

L'observation 58 nous donne un autre exemple d'ulcère peptique qui, cette fois a été vérifié à l'intervention. Il s'agit d'un malade déjà réopéré trois mois

après la perforation, parce qu'il n'avait pas évacué son bouton anastomotique, et chez qui on dut réintervenir encore un an plus tard pour de nouvelles douleurs. Ils présentait un ulcère peptique qui fut traité par résection, ce qui amena la guérison.

Dans l'observation 64, enfin, il s'agissait de la continuation évolutive d'un ulcère pylorique. La pyloréctomie fut pratiquée et amena également la guérison.

Il est évident que dans de pareils cas le nouvel ulcère, qu'il ait évolué sur la cicatrice de perforation, ou à distance, est susceptible de présenter à son tour une perforation. Nous n'avons rencontré qu'un cas de cette complication (obs. 193). Nous avons par contre observé des cas d'hémorragies tardives et de *cancérisation secondaire*.

LES HÉMORRAGIES TARDIVES

Elles sont très différentes des hémorragies précoces que nous avons étudiées au chapitre des complications secondaires. Elles ne sont, en quelque sorte, qu'un symptôme parmi ceux qui traduisent la réactivité ou la réapparition d'un ulcère. Dans un des cas que nous avons observé, les clichés radiographiques montrèrent qu'il s'agissait de la persistance de l'ulcère primitif duodénal : l'hémorragie avait coïncidé avec une nouvelle poussée évolutive.

LA DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE SECONDAIRE

Dans deux cas, enfin, la mort est survenue consécutivement à une dégénérescence maligne de l'ulcère. Il

faut noter que dans un de ces cas il n'est pas sûr qu'il se soit agi d'un ulcère banal perforé. En raison de l'induration très particulière, on avait fait, au moment de l'intervention pour perforation, des réserves sur la nature cancéreuse possible. La longue évolution de ce malade (5 ans) fait penser qu'il s'est peut être agi d'emblée d'un de ces ulcéro-cancers à marche lente sur lesquels l'Ecole lyonnaise a particulièrement insisté. Cet accident pourrait justifier la pratique de la pyloréctomie d'urgence dans les cas suspects, lorsque l'état général le permet, ce qui donnerait quelque chance d'éviter l'évolution ultérieure du néoplasme. En tous cas, si la pyloréctomie d'emblée est impossible, il est alors évidemment indiqué dans un deuxième temps opératoire, de réintervenir à froid et d'enlever par gastrectomie large la lésion suspecte.

**c) *Accidents tardifs indépendants
de la « maladie ulcéreuse »***

Si les symptômes douleurs et vomissements doivent tout d'abord faire penser aux hypothèses précédentes, il faut néanmoins envisager d'autres diagnostics : Nous allons étudier les différentes complications qui peuvent venir troubler les suites éloignées de nos malades, en dehors de toute réapparition d'ulcère.

Nous envisagerons successivement :

- 1° *La non évacuation du bouton ;*
- 2° *Les sténoses de la bouche de gastro-entérostomie ;*
- 3° *Les occlusions éloignées par péritonite plastique ;*

4° *Les éventrations tardives.*

troubles qui rentrent dans la classe de simples complications tardives de l'*acte opératoire*, non de la maladie causale.

1° LA NON-ÉVACUATION DU BOUTON DE JABOULAY

Normalement le bouton s'évacue aux environs du 14^e jour, spontanément et sans provoquer de trouble. Cette chute s'accompagne parfois d'une hémorragie intestinale légère dont il faut connaître la possibilité pour ne pas s'en effrayer. Parfois il reste en place quelques jours de plus, sans qu'on puisse véritablement parler de rétention. Nous envisagerons dans ce chapitre les cas de non évacuation vraie, c'est-à-dire avec un retard de plusieurs mois, ou plus.

Nous en avons plusieurs observations. Dans un premier groupe, il s'agit de cas où cette rétention a provoqué des accidents qui ont amené le malade à consulter. Il s'agissait le plus souvent de douleurs assez fortes, et surtout de vomissements. L'examen radioscopique a révélé la présence du bouton. Tel est le cas de l'observation 58, dans laquelle les phénomènes étaient si violents qu'on dut réintervenir trois mois après l'opération pour pratiquer un élargissement de la bouche, et une nouvelle gastroentérostomie à la suture. Dans l'observation 59, le malade est revu cinq mois après l'opération, souffrant après chaque repas. A la radioscopie, on constate que le bouton est toujours en place. L'estomac se vide par la bouche. On note que l'anse jéjunale est dilatée et fait des plis, ce qui est

l'indice de gastro-jéjunite. Celle-ci est probablement provoquée par l'irritation due au bouton. En raison des troubles provoqués, il y a certainement là indication à réintervenir pour pratiquer l'ablation de ce bouton. Cette intervention n'a pas encore été faite.

Dans un deuxième groupe, il s'agit de cas où la rétention du bouton n'a provoqué aucun accident et où elle fut une découverte à l'examen radioscopique. Dans l'observation 130, on constate la rétention du bouton cinq mois après l'opération : le malade va très bien et a engraisé de 9 kilos depuis l'opération. Dans l'observation 172, le malade opéré en 1926 présente quelques douleurs gastriques plus ou moins violentes avant et après les repas. A la radioscopie, l'estomac s'évacue à la fois par le pylore et la bouche anastomotique. On constate que le bouton est resté enclavé dans l'intestin grêle. Les accidents, bénins, mais qui durent depuis cinq ans, sont vraisemblablement à mettre sur le compte de ce bouton.

En somme, nous avons constaté six cas de rétention du bouton sur 128 malades, ce qui fait un pourcentage de 4,68 %. Il faut noter que 50 % des malades n'avait ressenti aucun trouble de la persistance du bouton. Ce qu'il faut retenir au point de vue thérapeutique, c'est qu'il ne faut pas réintervenir trop rapidement dans un cas de rétention du bouton. Nous avons vu, en effet, un cas où le bouton était encore en place 36 jours après l'opération, mais avait été évacué plus tard spontanément. Cependant, dans les cas s'accompagnant de troubles sérieux, il ne faudra pas trop hésiter à réintervenir. Nous avons vu (obs. 129) que le

bouton pouvait être une cause d'irritation, provoquer de la gastrojéjunite et, peut-être même, être le point de départ d'un ulcère peptique. On pratiquera donc l'ablation chirurgicale du bouton, puis une nouvelle bouche anastomotique élargie à la suture.

Nous n'avons pas pu juger, les protocoles opératoires ne portant pas d'indications à ce sujet, si les cas de rétention étaient ceux dans lesquels on avait fait un surjet séro-séreux supplémentaire au catgut, dans le cas d'application imparfaite du bouton.

2° LES STÉNOSES DE LA BOUCHE DE GASTROENTÉROSTOMIE

Nous en avons relevé trois cas : obs. 55, 68 et 72, soit 2,34 %. Les signes cliniques sont les mêmes dans les trois observations : le malade revient quelque temps après l'intervention se plaignant de douleurs suivies de vomissements. Le tableau clinique peut même être dramatique. Paul BONNET, à la Société de Chirurgie de Lyon (10 novembre 1927), rapporte un cas de « Syndrome péritonéal aigu en relation avec le rétrécissement tardif d'une bouche de gastro-entéro-anastomose effectuée à l'occasion d'une perforation d'ulcère pylorique » Le diagnostic peut parfois être difficile cliniquement, et il est utile de soumettre ce malade à un examen radioscopique. Nous avons pu pratiquer une gastrophotographie chez un tel malade, qui nous a montré, avec l'évidence d'une chose vue, ce rétrécissement secondaire de la bouche. On peut donc espérer qu'à l'avenir cette méthode nouvelle de recherches permettra de préciser le diagnostic dans les cas restés douteux.



Bouche de gastro-entérostomie au bouton,
orifice normal
Autour : Les plis normaux de la muqueuse



Orifice de gastro-entérostomie retréci

Le traitement est uniquement chirurgical. Il faut ré-intervenir pour rétablir une large bouche à la suture, suivant la technique bien exposée par MM. DELORE, MICHON et POLLOSSON.

Cette proportion de rétrécissement tardif, après gastro-entérostomie au bouton, est relativement assez élevée, puisque DELORE en signale 0,75 % environ, et puisque JABOULAY, sur 210 cas de gastro-entéro-anastomose, donnait à peu près le même pourcentage. Il y a donc là un inconvénient certain du bouton, et GAYFI, en 1904, estimait que c'était le plus grand reproche à adresser à ce procédé. PATEL, au contraire, considère cette complication comme plutôt rare. On sait que ces sténoses tardives sont dues, en général, à un processus cicatriciel à tendance rétractile, succédant à des poussées de gastrite qui, comme nous l'avons vu, sont souvent prédominantes autour de la bouche.

Le degré d'oblitération est variable. Il va de la réduction de moitié de l'orifice à l'oblitération totale puisque, dans certains cas, estomac et intestin sont séparés.

Doit-on tirer argument de ces incidents pour écarter le bouton de JABOULAY de la pratique chirurgicale? Il nous semble qu'il n'en est rien, dans la lésion qui nous occupe, et que le Bouton rencontre, même, au cours du traitement des perforations gastriques, son indication de choix. Il permet des manœuvres rapides, sûres, et c'est grâce à lui que la gastro-entérostomie complémentaire est devenue un temps opératoire systématique pour beaucoup de chirurgiens, à Lyon en particulier. A Paris, où son usage est moins générale-

ment répandu, de nombreux auteurs reprochent encore à ce temps opératoire d'allonger dangereusement l'opération. Pour nous ce reproche est sans fondement puisque, en 2 à 4 minutes, des mains exercées peuvent placer ce bouton. D'ailleurs, la gastro-entérostomie à la suture, si elle s'accompagne moins fréquemment de sténose, n'en met pas sûrement à l'abri.

Ces sténoses tardives ne sont pas d'une grande gravité à condition qu'on les diagnostique à temps, afin de les traiter rapidement. Les résultats de ce traitement chirurgical sont très bons, puisque les trois cas relevés dans notre statistique ont très bien guéri et puisque dans son travail DELORE signale 15 réinterventions sans aucune mort. Le procédé d'élargissement de la gastroentérostomie donne d'excellents résultats fonctionnels, et nos trois malades sont restés, depuis, parfaitement guéris.

3° LES OCCLUSIONS ÉLOIGNÉES PAR BRIDES DE PÉRITONITE PLASTIQUE

Nous en avons deux observations. Dans l'observation 79, le malade fut opéré en juin 1928 d'un ulcère duodénal perforé, les suites furent excellentes. Le 6 octobre 1931, ce malade fut ramené d'urgence à la porte de l'Hôtel-Dieu pour une occlusion aiguë. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une occlusion par brides de péritonite plastique. On pratiqua une résection de l'anse grêle étranglée, avec suture bout à bout

au bouton de VILLARD. Les suites furent excellentes et nous avons depuis de bonnes nouvelles de ce malade.

Dans la deuxième observation (n° 193) il s'agissait d'une occlusion chez un malade qui avait fait une perforation itérative sur un ulcère peptique de la bouche gastro jéjunale. Trois mois après la seconde intervention, il fut hospitalisé à nouveau pour un syndrome d'occlusion aiguë. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une bride située dans la fosse iliaque droite, et cause de l'occlusion. Section de la bride. Iléostomie sur la dernière anse grêle dilatée. Guérison.

De ces deux cas, on ne peut rien conclure. Comme dans toute laparotomie, surtout quand il s'agit de lésions inflammatoires, on court un risque d'occlusion tardive. Mais cette proportion est minime.

4° LES ÉVENTRATIONS TARDIVES

Elles sont très fréquentes dans les suites d'ulcère perforé. Elles paraissent relever de plusieurs facteurs : la mauvaise qualité du péritoine sus-ombilical, les suppurations pariétales fréquentes, l'imperfection des sutures faites très rapidement, enfin parfois l'existence d'un drainage à travers la cicatrice de l'incision.

Ce sont très souvent de petites éventrations, bien tolérées. Dans certains cas, elles peuvent poser un problème diagnostique : devant des malades présen-

tant des phénomènes dyspeptiques, on peut se demander s'il s'agit de tiraillements par adhérences épiploïques au niveau de l'éventration, (ce qui est à comparer aux hernies épigastriques), ou bien s'il s'agit d'une lésion gastrique récidivante sous-jacente.

CHAPITRE VI

Les conclusions thérapeutiques

Une étude analytique telle que celle que nous venons de faire sur un ensemble de cas assez nombreux, en examinant d'une façon aussi objective que possible les faits, doit, pour être de quelque utilité, se terminer par des conclusions thérapeutiques. Au cours des précédents chapitres, nous avons, à propos de tel ou tel ordre de faits, présenté quelques réflexions personnelles, et les principales déductions qui en résultaient. Nous avons même, à propos de telle ou telle complication, exposés la sanction thérapeutique particulière qui nous semblait la plus logique.

Ce que nous voulons indiquer dans ce chapitre, *c'est de façon synthétique la ligne de conduite générale qui paraît pour nous être la conclusion de cette étude statistique* : nous croyons qu'on peut en tirer des raisons assez précises de choisir, en face d'un ulcère perforé, un type d'opération propre à concilier à la fois les nécessités d'une intervention d'urgence et le souci du résultat éloigné.

Nous dirons tout de suite que s'il nous semble utile de mettre en lumière quelques points particuliers de la conduite opératoire, c'est uniquement en nous ba-

sant sur des chiffres, sur des pourcentages, donc sur des faits précis, que nous le ferons. Il n'y aura dans ce chapitre, ni l'exposé de préférences personnelles, ni la traduction des idées de tel ou tel chirurgien, mais simplement la conclusion qui, logiquement, doit découler de l'étude impartiale des faits.

La première conclusion qui ressort de notre statistique, comme de toutes celles qui ont été antérieurement publiées, c'est la *nécessité absolue du diagnostic et de l'intervention précoces*. Nous avons, vu, en effet, l'augmentation rapide de la mortalité immédiate, ou proche, à mesure que l'intervention est pratiquée plus tardivement. D'autre part, l'acte opératoire, dans les cas opérés plus tardivement, devient plus complexe, oblige à des drainages complémentaires. Certains auteurs y voient un des facteurs des complications secondaires.

Une deuxième conclusion, qui nous semble s'imposer, c'est la *nécessité d'une intervention rapide, aussi peu shockante que possible*, qui cherche à réduire au minimum les risques si grands de complications pulmonaires; mais ceci, tout en permettant le traitement efficace, direct de la lésion : nous avons vu, en effet, l'immense supériorité du traitement direct sur le simple tamponnement-drainage.

Discuter les moyens de réaliser une telle intervention, c'est poser tout le problème technique du traitement de l'ulcère perforé, c'est-à-dire envisager successivement :

1° *Le mode d'anesthésie.*

2° *La voie d'abord.*

3° *Le choix du type d'intervention à pratiquer sur l'estomac.*

1. — *Le mode d'anesthésie*

Dans la majorité des observations, c'est l'*anesthésie générale* à l'éther qui a été pratiquée. On n'y signale aucun accident particulier pendant la durée de l'intervention; il semble donc qu'il y ait unanimité sur ce point entre tous les chirurgiens qui ont assuré le Service de garde pendant la période envisagée. Cependant, nous avons vu dans le chapitre des complications rapprochées la fréquence des complications pulmonaires post-opératoires. Si, pour une partie, elles peuvent être provoquées par un processus embolique à point de départ dans la lésion gastrique infectée, il y a certainement lieu de penser que l'inhalation d'éther a tout au moins favorisé bon nombre de ces accidents. C'est ce qui nous a fait dire au même chapitre que, dans le cas de malades shockés, opérés tardivement, on pourrait préconiser l'*anesthésie locale*. Celle-ci, en effet, avec un peu d'entraînement, permet de pratiquer l'opération convenablement. Pourtant, le chirurgien, il faut le dire, a moins la liberté de ses mouvements, dans ces cas où il faut parfois se livrer à une exploration viscérale étendue. Il est très gêné par la contracture persistante de la paroi. La fermeture est souvent très difficile, le malade « poussant » malgré les recommandations. — La *rachianesthésie* a aussi quelques défenseurs. DESJACQUES nous a communiqué trois observations où ce

mode d'anesthésie a été utilisé. Pratiquée assez haute, à la percaïne, elle donne une anesthésie d'excellente qualité et, en particulier, un « silence abdominal » parfait. Il semble cependant qu'elle ne saurait être indiquée systématiquement pour ces malades trop shockés et le plus souvent hypotendus.

En résumé, l'anesthésie générale à l'éther, pratiquée par un personnel spécialisé et entraîné, reste, malgré ses inconvénients certains, le mode d'anesthésie qui s'imposera le plus souvent. Elle exige seulement une prophylaxie plus attentive encore des complications pulmonaires (oxygène, réchauffement, révulsion, vaccinothérapie post-opératoire). Ces complications, si elles relèvent de l'anesthésie, sont d'ailleurs, pour une large part, comme l'ont montré plusieurs auteurs, et comme y insiste particulièrement le Professeur BÉRARD, le fait des contagions microbiennes dans les salles communes d'hôpital. Elles diminueraient certainement si on pouvait mettre les malades dans des chambres isolées.

L'anesthésie locale, quels qu'en soient ses avantages, reste une indication de cas exceptionnels : il faudra savoir l'utiliser chez les malades opérés tardivement, shockés, et surtout chez les malades âgés.

Quant à l'anesthésie rachidienne, elle ne doit être pratiquée qu'avec certaines précautions (prise de la tension artérielle, surveillance rigoureuse). Pour la plupart des chirurgiens elle reste peu indiquée en chirurgie viscérale d'urgence.

2. — *L'incision*

C'est la *laparotomie sus-ombilicale médiane* qui a été le plus souvent pratiquée. Elle a suffi généralement à donner assez de jour pour l'opération. Dans certains cas, on y a adjoint un débridement transversal, avec section du grand droit. Quelques cas ont été traités par *incision transversale sus-ombilicale*.

L'incision verticale paraît bien être l'incision de choix : elle donne très amplement le jour nécessaire, et surtout pour une intervention d'urgence, où il faut aller vite, c'est après cette incision que l'on reconstitue le plus rapidement la paroi. On lui a reproché de ne pas donner assez de jour lorsqu'il s'agit d'une perforation duodénale située très à droite, loin du pylore. Evidemment, elle est moins commode dans ce cas-là que l'incision transversale, mais il est toujours temps dans les cas où elle est insuffisante, de faire un débridement latéral.

Par contre, si elle est une excellente incision, celle qui convient le mieux à ces cas d'urgence, elle donne fréquemment des éventrations tardives. A ce point de vue là, l'incision transversale est plus satisfaisante.

On ne saurait d'ailleurs, en matière d'incision, donner une règle précise, la meilleure incision pour chaque chirurgien est celle à laquelle il est accoutumé. Mais l'incision médiane est certainement celle qui est le plus souvent pratiquée, et qui concilie le mieux, pour la majorité des opérateurs, les nécessités d'exploration, d'abord, et de fermeture.

3. — Conduite générale à suivre pour l'opération proprement dite

A l'heure actuelle, l'accord semble fait entre la majorité des chirurgiens français sur la conduite à tenir. Nous ne reviendrons pas sur les très nombreuses discussions qui ont divisé la chirurgie française au sujet de l'indication du traitement de la perforation gastrique. Aussi bien ces discussions sont-elles présentes à toutes les mémoires, et on en trouve l'écho dans les diverses communications et comptes rendus des Sociétés de Chirurgie. L'accord est maintenant fait, et les chirurgiens qui défendent l'enfouissement simple, suivi, ou non, de gastro-entérostomie complémentaire, contre la gastrectomie d'emblée, sont si nombreux, que l'on peut dire avec LECENE « *que cette doctrine est celle de la chirurgie française* ». A Paris, à côté de HARTMANN et LECENE, qui ont été les défenseurs de cette thèse, sont venus se ranger en particulier, GOSSET, OKYNCICK, DE MARTEL. A Lyon, la plupart des chirurgiens ont également pris parti. Dans la séance du 6 janvier 1921, à la Société de Chirurgie, SANTY, rapportant une observation, préconise la suture simple avec, comme complément, la gasfroentérostomie. C'est également l'avis de MM. BÉRARD et PATEL. Dans nos observations d'ailleurs, sur 194 cas, un seul

fut traité par pylorectomie, et tous les autres par enfouissement simple, suivi ou non de la gastroentérostomie complémentaire. On peut donc dire que c'est là la doctrine lyonnaise.

Ce n'est pas dire — et nous y reviendrons plus loin — qu'il n'y ait pas des indications exceptionnelles, dans des cas particuliers, de la pylorectomie d'emblée, comme il en est, nous le verrons aussi, du simple tamponnement. Ce n'est pas dire qu'entre les mains de chirurgiens très entraînés à la chirurgie gastrique d'exérèse, l'opération radicale ne puisse, dans des cas favorables, donner d'excellents résultats immédiats en même temps que de plus sûres garanties d'avenir. Mais on ne saurait considérer une telle chirurgie d'urgence et de nécessité absolue comme une chirurgie réservée à des opérateurs de cette sorte. *Elle doit rester de l'ordre de la pratique chirurgicale courante*, et l'on ne peut nier que la pylorectomie reste, dans l'ulcère perforé, chez un sujet souvent affaibli, dans des conditions locales parfois difficiles, une opération de suites aléatoires entre les mains de la plupart des chirurgiens. Tous les reproches adressés, au point de vue des résultats éloignés, à la simple suture de la perforation, associée, ou non, à la gastroentérostomie, tombent devant cette notion essentielle qu'il faut d'abord guérir la perforation et éviter la mort par péritonite avant de guérir l'ulcère. Les résultats éloignés sont bons dans un nombre suffisant de cas pour qu'une telle règle demeure vraie, avec le correctif d'une surveillance systématique des malades ainsi opérés ; on

pourra toujours, s'il y a lieu, pratiquer à froid une opération d'exérèse secondaire.

Le plus souvent, l'enfouissement a été pratiqué par un premier plan total, puis par un deuxième plan d'enfouissement séro-séreux au point de Lambert, le tout renforcé par une épiplooplastie. Dans quelques cas où il y avait une induration calleuse environnant la perforation, on avait fait auparavant une excision. Mais ce procédé n'a rien de commun avec les procédés d'exérèse. C'est une opération très limitée et bénigne : c'est plutôt un simple avivement.

Si l'unanimité, à Lyon, paraît acquise au principe de l'enfouissement simple, et rejette la gastrectomie comme méthode systématique, il reste cependant des points particuliers qui prêtent à discussion. Ce sont :

- a) *Les indications de la gastro-entérostomie complémentaire.*
- b) *Les indications du drainage sus-pubien.*

a) *Les indications de la gastroenterostomie complémentaires*

Peu de questions ont été aussi discutées. Cependant, la gastro-entérostomie comme temps complémentaire de l'enfouissement de la perforation gastrique est employée depuis longtemps. Elle a été préconisée d'abord par les chirurgiens anglais et américains. Pour eux, en particulier, (PATERSON, ELLIOT), elle est le complément indispensable de la suture. Par contre JUDINE, de Moscou, signalant dans une statistique 20 pour 100 de mauvais résultats éloignés dans des cas

où la gastroentérostomie avait constamment été pratiquée, rejette le principe du traitement conservateur dans les ulcères perforés de l'estomac, et préconise la gastropyloréctomie d'emblée. En France, de nombreux chirurgiens conseillent l'emploi de cette gastroentérostomie. A Lyon, MM. BÉRARD, DELORE, TIXIER, PATEL, SANTY y ont recours le plus souvent.

Par contre, certains opérateurs rejettent cette intervention : ils estiment que ce temps opératoire allonge dangereusement l'intervention pour des avantages trop précaires.

RICARD, dans un article de la *Presse Médicale* du 10 août 1929, discute ces avantages et ces inconvénients de la gastro-entérostomie, et aboutit à une conclusion entièrement en accord avec celle qui ressort de notre étude statistique. Nous ne saurions donc mieux faire, pour discuter cette indication, que de résumer son travail où la question est parfaitement exposée,

Voyons d'abord les critiques que l'on oppose à l'anastomose complémentaire. On peut les grouper sous trois chefs : la gastro-entérostomie allonge inutilement l'opération, et choque le malade qui subit une intervention déjà grave par elle-même. — La gastro-entérostomie risque de faire diffuser l'infection dans l'arrière cavité des épiploons, et la partie haute de l'étage sous-mésocolique; elle rencontrera souvent des difficultés anatomiques qu'elle n'a pas normalement, eu égard à la réaction péritonéale, et surtout à l'état des parois gastriques; elle est mal indiquée sur un péritoine qui vient d'être le siège d'une perforation; elle

tiendra mal. — Enfin, la gastroentérostomie est inutile, car elle ne fonctionnera pas bien, le pylore restant perméable. Les malades guérissent sans elle : donc elle est inefficace.

A toutes ces critiques, l'auteur répond : la gastroentérostomie n'allonge pas beaucoup l'intervention, 3 ou 4 minutes suffisent largement à qui est familier avec le bouton de JABOULAY pour établir parfaitement cette anastomose.

Le péritoine enflammé au contact de la perforation, loin d'empêcher l'étanchéité de la suture, la rend, au contraire, plus rapide. Quant au reproche de diffuser l'infection, c'est en réalité une vue toute théorique. Jamais, exécutée dans les conditions normales, l'anastomose n'a eu ce rôle.

La gastroentérostomie fonctionne, et elle fonctionne immédiatement. De nombreux examens radioscopiques en font foi. Elle peut, il est vrai, cesser assez rapidement de fonctionner et s'obturer. Qu'importe, elle a joué son rôle, permettant à un estomac mis au repos de cicatriser sa perforation.

De ces objections, nous voyons donc qu'il ne faut pas retenir grand chose : plus spécialement valable dans les perforations d'ulcères duodénaux, ou pyloriques, elle est aussi indiquée dans les perforations du corps de l'estomac : si elle joue le rôle prépondérant de dérivation dans les perforations pyloriques, elle est également très utile dans les perforations de l'estomac, où elle soulage les sutures. En somme : *insuffisance des sutures, absence même parfois de suture ou d'enfouissement, — dérivation temporaire*

mettant l'estomac au repos pour laisser cicatriser la lésion, — rapidité d'exécution grâce au bouton de Jaboulay, ne la rendant nullement préjudiciable au malade, — telles sont les raisons essentielles qui me font considérer la gastroentérostomie comme un temps capital, pour ne pas dire le temps capital, de l'intervention.

b) *L'indication du drainage sus pubien*

A Lyon, de nombreux chirurgiens pratiquent à peu près systématiquement le drainage sus-pubien au cours de l'intervention pour perforation gastrique. Ce drainage constitue, avec l'enfouissement et la gastroentérostomie, l'un des trois temps essentiels du traitement. Dans ces dernières années, il est rare de trouver une observation où il n'ait pas été utilisé.

Il paraît d'une utilité incontestable lorsqu'on voit la quantité abondante de liquide louche, souvent purulent, qui s'évacue par son conduit à la fin de l'opération, lorsqu'on assied le malade. La perte de temps pour sa mise en place est par ailleurs très minima.

Cependant, depuis quelque temps, certains auteurs s'élèvent contre son emploi systématique. DUVAL, à Paris, trouve qu'il n'y a aucun danger à laisser du liquide gastrique dans le ventre, le péritoine sachant lui-même suffisamment réagir. Notre Maître, M. PATEL, a souvent, devant nous, soutenu la même opinion.

A côté de cet argument théorique, on a publié, depuis quelque temps, des cas d'occlusion du grêle suivie de mort, due à l'agglutination des anses grêles au

contact de ce drain. DESJACQUES, à la Société de Chirurgie de Lyon, en mai 1932, en a publié un cas personnel. Au cours de la discussion, ROCHET signale un cas analogue (obs. 54). Le 10 novembre 1932, PATEL rapporte également un cas d'occlusion par « engagement d'une anse grêle dans le drain sus-pubien » (observation appartenant à M. Pervés, de Toulon). Il est vrai de dire que, dans ce cas, le drain avait été laissé quatre jours en place, et, d'autre part, qu'il était d'un calibre bien supérieur au drain employé par la plupart des opérateurs.

Les études physiologiques montrent, en effet, que le drainage de la cavité péritonéale n'agit que pendant 24, ou au plus 36 heures. Au bout de ce temps, le caoutchouc ne draine plus que le petit conduit qu'il a créé lui-même, mais plus la grande cavité péritonéale. A ce moment-là, il ne peut être que nuisible en créant des adhérences et en facilitant les agglutinations à son contact.

Que devons-nous conclure à ce point de vue ? Il nous semble que les objections faites contre le drainage sus-pubien, objections auxquelles on peut, avec TIXIER et CLAVEL, ajouter les risques d'ordre technique (risque de blessure de la vessie, qu'on peut éviter facilement, comme le disent ces auteurs, en incisant sur la pointe d'une pince courbe passée par l'incision sus-ombilicale) méritent incontestablement qu'on limite l'emploi de ce drainage et qu'on s'attache à le réaliser, dans les cas indispensables, de façon que ces risques soient réduits au minimum. Mais il ne nous paraît pas que ces complications, malgré tout exceptionnelles,

les, justifient son abandon dans tous les cas. Il faut d'ailleurs noter qu'il existe des occlusions post-opératoires, après intervention pour ulcère perforé, absolument indépendantes de ce drainage, comme il en existe dans les suites de toute laparotomie, particulièrement dans les laparotomies pour lésion infectée. D'autre part, l'existence de cas de suppuration péritonéale secondaire, parfois mortelle, à la suite de ces interventions pour ulcère perforé, nous montre bien que l'innocuité du liquide gastrique abandonné dans la cavité péritonéale n'est pas si absolue qu'on a bien voulu le dire; les examens bactériologiques que nous avons rappelés dans un précédent chapitre en sont d'ailleurs la démonstration. En conséquence, nous croyons qu'on ne saurait condamner de façon absolue une manœuvre souvent utile (nos statistiques en font foi, puisque les résultats vitaux, dans les cas drainés, sont meilleurs que dans les cas non drainés), au nom de quelques rares complications. *Il faut seulement limiter les indications aux cas où il est nécessaire*, et ne pas drainer dans les cas datant de quelques heures à peine, dans les cas où il y a peu de liquide épanché, mais drainer dans les cas opérés plus tardivement, dans les cas où il y a une quantité abondante de liquide dans la fosse iliaque ou dans le Douglas, dans les cas où l'état général est particulièrement déficient.

Dans ces cas où l'on se décide à drainer, quelques précautions techniques sont indispensables : c'est d'abord, après l'aspiration de la plus grande quantité de liquide possible, la mise en place d'un drain de volume modéré, et non perforé (ceci pour éviter les acci-

dents du type de ceux rapportés par PATEL). Peut-être même, l'emploi d'une lame de caoutchouc paraffiné est-il alors préférable à celui d'un drain. C'est ensuite l'ablation précoce du drain, puisque nous avons vu qu'il ne draine plus efficacement au bout de 24 à 36 heures.

Certains auteurs ont même proposé des artifices techniques dont l'avenir dira la valeur pour supprimer les dangers de ce drainage. C'est ainsi que TIXIER et CLAVEL proposent de refermer l'orifice sus-pubien, au niveau duquel on aura passé d'avance un fil métallique non serré, lorsqu'on enlève le drain au bout de 12 heures. C'est ainsi que les mêmes auteurs croient préférable au drainage sus-pubien le drainage par une incision iliaque très externe qui, en même temps qu'elle permet de vérifier l'état de l'appendice, et de drainer la gouttière pariéto-colique droite, expose moins aux adhérences intestinales que l'incision sus-pubienne, le drain ne passant au milieu des anses — cette technique pourtant ne met pas à l'abri des occlusions, l'obs. n° 53 en fait foi.

C'est ainsi, enfin, que DESJACQUES, dans trois cas, se contente avec succès de l'aspiration extemporanée par un long drain plongeant dans le Douglas, suivie d'ablation immédiate du drain, et de fermeture de l'incision sus-pubienne (1).

**

(1) A côté du drainage, certains auteurs, dans les cas opérés tardivement, ont associé à l'opération gastrique, une appendicostomie, ou une iléostomie. Nous signalons sans y insister, cette pratique qui relève du traitement de la péritonite constituée, et non spécialement de celui de la perforation gastrique.

4. — Les indications de la gastropyloréctomie d'emblée et du simple tamponnement

Telles sont les indications habituelles dans les conditions les plus fréquemment observées des perforations duodéno-gastriques. Mais à côté de ces cas, il en est quelques-uns, beaucoup plus rares, où existe l'indication, soit d'une *pyloréctomie d'urgence*, soit d'un *simple tamponnement*.

Les indications du SIMPLE TAMPONNEMENT sont admises par tous les auteurs. Il est des cas où l'on ne peut ni suturer, ni réséquer (lésion trop adhérente, inaccessible, état général trop précaire). Dans ces cas, le tamponnement d'exclusion, associé, s'il est possible, sans manœuvre dangereuse, à une gastroentérostomie rapide au bouton de JABOULAY, reste *l'ultime manœuvre de sauvetage*. Sans doute, la mortalité est forte dans ces cas (60 %). Sans doute, les fistules gastriques ou duodénales peuvent être la rançon d'un pareil traitement, mais il est incontestable que tous les auteurs ont observé des guérisons, dans ces cas désespérés, par cette manœuvre. Si nous ne saurions suivre Raymond BERNARD lorsqu'il le préconise comme traitement systématique, nous ne saurions non plus en passer sous silence l'utilité.

Les indications de la PYLORECTOMIE ou de la GASTRO-

PYLORECTOMIE, comme opération de nécessité, sont certainement encore plus rares. Nous avons longuement exposé plus haut pourquoi cette opération, malgré quelques brillants succès, et les garanties qu'elle offre pour l'avenir, ne saurait être tentée de façon systématique dans tous les cas où elle est techniquement possible.

Mais il est des cas de perforation très vaste, impossible à suturer, de perforation en tissu tellement friable, que tous les fils coupent, de perforation double, enfin, où lorsque l'estomac est mobile ou facilement mobilisable, il vaut mieux courir le risque d'une pylorectomie que se contenter d'une obturation imparfaite — à condition, bien entendu, que l'état général rende cette intervention raisonnable. Il est, d'autre part, des cas rares de perforations récidivantes, et certains cas d'ulcère peptique gastro-jéjunal perforé, où l'activité de la « maladie ulcéreuse » doit amener logiquement à discuter une opération d'exérèse; mais là, souvent, il faut bien reconnaître que les conditions de l'état général, et surtout les difficultés opératoires locales (adhérences créées par l'opération antérieure) rendent cette indication un peu théorique.

*
**

On voit donc que, de l'analyse des observations que nous avons pu recueillir, nous avons été amené à tirer, du point de vue thérapeutique, des conclusions en accord avec l'opinion de la majorité des auteurs français. Mais une telle conception, au fond essentiellement opportuniste, du traitement des ulcères gastro-

duodénaux perforés, doit entraîner, comme corollaire nécessaire, *la surveillance systématique de ces malades dans les mois et les années qui suivront l'intervention*. Nous ne savons pas si, au prix d'une mortalité immédiate beaucoup plus forte quoiqu'on en dise, la pratique des opérations dites radicales permettrait de considérer ces malades comme définitivement guéris. Mais nous savons bien que si, après la suture associée à la gastro-entérostomie, les deux tiers des opérés environ restent guéris, il en est environ un tiers chez qui les troubles persistent, et qui, dans une proportion variable, restent porteurs d'un ulcère, ou en puissance d'ulcère. Chez tous ces malades, une surveillance médicale attentive, l'application des règles d'hygiène et de régime classiquement imposées aux opérés d'ulcères, des contrôles radiologiques, et si possible gastro-photographiques, restent une nécessité. Et si, pour beaucoup, ce traitement médical suffira à les mettre dans l'avenir à l'abri des accidents ulcéreux, pour d'autres il faudra savoir poser assez précocement *l'indication d'une réintervention à froid*, intervention dont nous ne voulons pas discuter ici les modalités, pour tenter, après avoir guéri la perforation, de guérir la « maladie ulcéreuse ».

CONCLUSIONS

1° Nous avons recherché les *résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastriques perforés* sur l'ensemble des cas traités dans le Service d'Urgence de l'Hôtel-Dieu de Lyon, de 1920 à 1933, par un groupe de chirurgiens appliquant d'une façon générale les mêmes techniques dans des conditions très comparables.

Les recherches portent donc sur une statistique cohérente qui a, à peu de chose près, la même valeur d'interprétation que la statistique d'un seul chirurgien.

Nos recherches ont ainsi porté sur un nombre total de 194 observations.

2° Du point de vue des *conditions étiologiques*, l'étude de ces observations nous a paru confirmer, sur la plupart des points, les notions classiquement admises : fréquence générale et relative, conditions d'âge, de sexe, de race, de climat.

Il faut insister sur le fait que, 58,9 % des malades présentaient des antécédents gastriques anciens et nets; que 17,23 % des malades avaient présenté un épisode de douleurs de troubles dyspeptiques aigus dans les jours qui ont précédé la perforation. 24 % des sujets seulement étaient indemnes de tout passé gastrique.

Du point de vue *anatomo-pathologique*, tout en confirmant la prédominance des perforations de la région pyloro-duodénale, notre statistique nous a montré la fréquence plus grande qu'il n'est admis classiquement des perforations siégeant sur la petite courbure.

Du *point de vue clinique* enfin, l'étude de ces observations nous a permis d'insister à nouveau sur la fréquence des formes à symptomatologie larvée et sur la nécessité d'un diagnostic précoce se fondant sur les grands symptômes cardinaux : douleur et contracture à l'exclusion des signes secondaires beaucoup plus trompeurs.

3° Considérant comme mort opératoire tous les cas de décès survenus dans les 4 ou 5 semaines qui suivent l'intervention, nous avons trouvé le chiffre global de 28,35 % *de mortalité*. Mais il importe de noter que cette mortalité est seulement de 12 % dans les cas opérés dans les 6 premières heures, et de 16 % pour les cas opérés de la 6^e à la 12^e heure, alors qu'elle s'élève à 36 % dans les cas opérés de la 12^e à la 24^e heure, et à 54,4 % pour les cas opérés au delà de la 24^e heure.

D'autre part, il convient de noter que 40 % des morts sont dus au *shock* opératoire, ou à la péritonite diffuse observés dans les cas opérés tardivement; que 14 % sont dus à des complications pulmonaires, les autres étant dus à des suppurations secondaires, à des fistules, à des occlusions post-opératoires.

L'âge paraît avoir une importance pronostique nette. De 18 % entre 20 et 30 ans, la mortalité oscille en-

tre 35 et 40 % de 30 à 50 ans, elle atteint 55 % au-dessus de 60 ans.

Enfin, l'étude de cette statistique de mortalité paraît en faveur de *certaines conduites opératoires*. De 20 % dans les cas de suture de la perforation associée à la G. E. A. et au drainage sus-pubien, elle monte à 28 % dans les cas sans G. E. A. et à 63 % dans les cas de simple tamponnement, associé ou non à la G. E. A.

4° *Les complications précoces* de la période opératoire, en dehors des péritonites diffusantes mortelles, qui sont la rançon de l'opération trop tardive, sont avant tout les complications pulmonaires notées 15 fois en plus des 8 cas mortels.

A ces complications des premiers jours s'opposent *les complications plus tardives* qui sont surtout les complications suppuratives : soit qu'il s'agisse de péritonite enkystée secondaire (Douglas, fosse iliaque droite), soit qu'il s'agisse d'abcès métastatique d'origine embolique (foie, poumon, cerveau).

Enfin, il faut insister sur les occlusions post-opératoires et sur les fistules gastriques ou duodénales que nous avons constatées dans six cas avec une mortalité de 50 %.

5° L'étude des *résultats éloignés* est particulièrement instructive. Nous avons pu les étudier chez 68 malades, les autres n'ayant pu être retrouvés malgré nos recherches.

Sur ces 68 malades, 42 et en excluant 5 malades opératoirement graves, mais opérés trop récemment, (61,7 %) présentent une guérison clinique et radioscopique d'excellente qualité, contrôlée de 1 à 10 ans

après l'intervention. Les chiffres trouvés semblent nettement en faveur de l'association d'une gastro-entérostomie à la suite de la perforation.

21 malades sur 68 (30,8 %) ont continué à présenter des troubles pathologiques après l'intervention : tantôt il s'agit de signes traduisant nettement la persistance ou la réapparition d'un ulcère en évolution.

Tantôt de troubles douloureux ou dyspeptiques plus vagues dont il est difficile de préciser la nature.

Enfin 2 cas paraissent avoir présenté une cancérisation secondaire de l'ulcère.

On pourrait croire que les résultats sont meilleurs dans les ulcères juxta-orificiels que dans ceux de la petite courbure : nous avons, au contraire constaté paradoxalement que, alors que la proportion des cas guéris est de 59 à 62 % dans les ulcères pyloro-duodénaux, elle est de 80 % dans les ulcères de la petite courbure.

5° De l'ensemble de ces constatations, on peut tirer quelques conclusions au point de vue des *indications thérapeutiques*.

a) Importance primordiale du diagnostic et de l'intervention précoce.

b) Importance primordiale du traitement prophylactique des complications pulmonaires (qualité de l'anesthésie, vaccino-thérapie).

c) Indication de pratiquer comme opération systématique, toutes les fois qu'elle est possible, une suture correcte de la perforation, associée à une gastro-entérostomie rapide au bouton de JABOULAY, la gastro-pylorectomie, intervention idéale, restant trop gra-

ve pour être préconisée comme intervention habituelle, et devant être réservée à des cas très particuliers, le simple tamponnement demeurant, quoi qu'en aient pu dire des travaux récents, une méthode de pis aller.

d) Utilité d'associer le drainage du Douglas toutes les fois que l'intervention est pratiquée au delà des toutes premières heures, que ce drainage soit un drainage sus-pubien, ou un drainage par la fosse iliaque.

e) Nécessité de surveiller les malades pour ulcère perforé dans les mois et les années qui suivent, de les soumettre à un traitement médical rigoureux, et de réintervenir s'il y a lieu : (perforation récidivante, persistance ou réactivité de l'ulcère, nouvel ulcère gastrique, duodénal ou gastrojéjunal, cancérisation secondaire).

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	BERARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 19 Janvier 1933.

LE RECTEUR. PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Nous indiquons tout d'abord les dates des principaux rapports et communications des sociétés de chirurgie de Paris et de Lyon, dans lesquels ont été discutées la plupart des questions concernant les perforations duodéno-gastriques.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Année 1921. — Séance du 9 novembre 1921. Séance du 14 décembre. Séance du 12 octobre.

Année 1922. — Séance du 12 juillet. Séance du 8 novembre.

Année 1924. — Séance du 10 février. Séance du 5 mars. Séance du 14 mai. Séance du 15 octobre.

Année 1926. — Séance du 14 novembre.

Année 1927. — Séance du 8 novembre.

Année 1928. — Séance du 27 juin.

Année 1929. — Séance du 23 janvier. Séance du 20 novembre.

Année 1930. — Séance du 12 février. Séance du 18 mai.

Année 1931. — Séance du 14 octobre. Séance du 4 mars.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Année 1920. — Séance du 9 décembre.

Année 1931. — Séance du 6 janvier.

Année 1922. — Séance d'avril. Séance du 2 juin.

- Année* 1923. — Séance du 3 mai. Séance du 26 décembre.
- Année* 1924. — Séance du 10 janvier. Séance du 17 janvier. Séance du 14 février.
- Année* 1925. — Séance du 2 avril. Séance du 4 juin. Séance du 11 juin.
- Année* 1927. — Séance du 10 novembre.
- Année* 1928. — Séance du 28 juin.
- Année* 1929. — Séance du 30 mai.

- ACKERMAN. — *Thèse de Lausanne*, 1856 (72 observ. Ulc. estomac perforé).
- ARNAUD et PERRIN. — Perforation d'ulcus gastrique après G. E. A. *Lyon Médical*, 1911, t. I, p. 474-475.
- BASSET. — Résultats éloignés des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1924, p. 224.
- BÉRARD et DESJACQUES. — Suites éloignées des ulcères perforés. *Congrès Français de Chirurgie*, 1931.
- BERTRAND (Pierre). — Hémorragies gastriques dans les suites opératoires des ulcères perforés de l'estomac. *Soc. de Chir. de Lyon*, 30 mai 1929 ; *Presse Médicale* du 5 juillet 1929.
- BIRCHER. — *Congrès de la Société Suisse de Chirurgie*, 1918.
- BLAKE (J. A.). — Perforated ulcer of the duodenum. *Annals Surg. Philadel.*, 1907, XLVIII, p. 129.
- Perforation gastric ulcer. *Id.*, p. 131-133.
- Perforating gastric ulcer. diffuse peritonites. Peritonæ lavage closure without drainage. *Id.*, p. 130.
- BONNET, PATEL et TAVERNIER. — Ulcer. perforés de l'estomac. *Lyon Chir.*, 1924, p. 327.
- BONNET et CROIZAT. — Perforation d'ulcère gastrique malgré la G. E. A. *Lyon Chir.*, t. LXXIII, séance du 12 novembre 1925.

- BORSZEKY (K.). — Die chirurgische Behand das geg mag-
nen und duodenolaschwüren und seiner Kom-
plicatione und die dammit erreichten endresultate.
Beitr. 2. Klin. Chir. Tubing., 1908, p. 56-181.
- BRAMWELL. — Simple perforetingular of the duodenum
death from hemoragie. *Clin. Study. Edinb.*, 1905-
1906, p. 14.
- BOLENS. — Ulcères chroniques et ulc. perforés de l'es-
tomac et du duodénum. *Th. Lausanne*, 1924, p.
137, 105, 45, 13.
- G. E. BRENNER (New-York). — Ulcères perforés du duo-
dénum. *Annals of Surgery*, vol. LXXXVI, n° 3,
1927, p. 393-400.
- BRENTANO. — Ueber Gef. disschüsse und ihre Behand-
lung. *Arch. J. Klin. Chir. Berl.*, 1906, p. 81-125.
- Zur clinick u. Pathologie der Magengeschwürs-
perforation. *Arch. f. Klin. Chir. Berl.*, 1906, p. 125-
185.
- BRUNNER (F.). — Das acut in die freie Banchhöhle per-
forinde Magen und duodenalgeschwür. *Deutch.
Zeit. J. Chir., Leip.*, 1903, p. 101-235 (8 cas).
- BUSCH. — Ueber die chirurgische behand. Gutartiger Ma-
genaffektione mit besondere des magengeschwürs
und seiner Folgezustande mit besonderer Berück-
Sichtigung der Spätresultats. *Arch. J. Chir.*, 1909,
p. 90.
- BROWN. — Résultats éloignés dans 49 cas de perforations
d'ulcères gastriques et duodénaux. *Edinbourg.
Med. Journ.*, t. XXXII, n° 4, avril 1925.
- CAPPONEGO. — Gastrorraphie et ses suites dans le traite-
ment de l'ulcère duodéal perforé en péritoine
libre. *Pensiero medico*, an. XVI, n° 31, 10 nov.
1927, p. 623-633.
- CAVID (T. M.). — Twenty-five consecutive cases of ope-
ration for perforated gastric and duodenal ulcers.
Scot. M. et S. Y. Edim., 1906, p. 215-274.

- CARR. — Perforation d'ulcère pylorique une semaine après G. E. A. *Journ. of. Amer. Asso.*, 5 juillet 1919.
- COURTY. — Gastropyloréctomie d'emblée pour ulcère perforé de l'estomac. *Bull. Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris*, 1925, p. 888.
- CHAVANNAZ et LOUBAT. — Sur un cas de perforation d'un diverticule p. cal. gastrique après G. E. A. *Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, Séance du 16 janv. 1920, in *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales*, Bordeaux, 1^{er} février 1920.
- CARAVADINE (T.). — Twelve successive cases of perforated ulcer of the stomach or duod. With eleven recoveries. *Lancet*, London, 1910, p. 239.
- CLUENDET. — Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *J. Méd. Bordeaux*, 1924.
- DAHLGREN (K.). — Beitrage zur chirurgie des Magen und duodenalgeschwurs. *Nord. Med. Ark. Stockholm*, 1908, n° 11, 163.
- DIDITCH VOUKACHICH. — Contribution à l'étude de la perforation de l'ulcère de l'estomac après G. E. A. *Th. Lyon*, 15 juin 1926.
- DEAVER. — Endresults following operation for diseases of the estomack and duod. *The Annal. Surg. Ass. Phil.*, 1908, p. 160-168 ; *Annal. of Surgery*, 1908, p. 894.
- DELORE (X.). — *Rapport au Congrès Français de Chirurgie*, 1928.
- DELORE, MALLET-GUY et VACHEY. — Formes multiples et récidivantes de l'ulcère gastrique. *Lyon Chirurgical*, 1925.
- DELORE et CREYSSSEL. — Ulcères récidivants post-opératoires. *Journal de Chirurgie*, avril 1925.
- DELORE, POLLOSSON et MICHON. — Oblitération cicatricielle des bouches de gastro-entérostomie. *Revue de Chirurgie*, 1925.

- DEUTSCHE. — *Zeitschrift für chirurgie*, t. CCXIII, janv. 1929 (55 cas d'ulcère perforés, p. 262-269, fasc. 3 et 4.
- DUNBAR. — *The Glasgow Med. Journal* (387 cas ; pas d'hémorragie).
- DUVAL et STULZ. — Deux cas d'ulcère perforé de l'estomac traités par excision : une guérison, une mort. Etude critique sur les résultats de la résection de l'ulcère gastrique duodénal perforé, en péritoine libre. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1922, p. 854-864.
- DUVAL. — Traité des perf. ulcér.-gastriques. *Ibid.*, 1924, p. 213.
- DUVAL, J.-Ch. ROUX, GATELLIER et MOUTIER. — *Bull. et Mémoires Société de Chirurgie de Paris*, 1926, LII, p. 270.
- DUNET et ALAMARTINE. — La gastro-entérostomie complémentaire dans les interventions pour ulc. perfor. et duod. *Revue de Chirurgie*, Paris, 1921, p. 114-134.
- DESPLAS. — Quatre observations d'ulcère perforé en péritoine libre. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, 1924, p. 8-12.
- ELIOT (Ed.) — Acut perforating gastric and duodenal ulcer. *Amer. Journ. N. Y.*, oct., nov., déc. 1908, janv. 1909.
- The clinical nature and treatment of acute perforating gastric, and duodenal ulcer. *Annals of Surgery*, 1912.
- EISELBERG (Von), c. p. ELIOT. — *Deutsche Med. Woch.*, 1906.
- FABRE. — *Th. Lyon*, 1928.
- FERNICOLA (C.). — Traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et duod. perforation en péritoine libre. *La Prensa Med. Argent.*, 30 mars 1928, p. 1082, 1104.

- FERMAUD. — Statistique du Service du Professeur KRUMMER sur les ulcères perforés. *Revue de Méd. de la Suisse Romande*, 25 fév. 1929.
- FORGUE. — Le traitement de la perforation aiguë des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. *Pensiero medica*, an. XVI, n° 31, 10 nov. 1927, p. 623-633.
- FINSTERER (H.). — Die akute perforation von magen und duodenalgeschwuren. *Beit. z. Klin. Chir. Tübing.*, 1919, p. 532-583.
- GAYET. — *Revue de Chirurgie*, 1904.
- GIBSON (Cl.). — Acute perf. of stom. and duod. Report of sixty cases. *Am. J. Surg. Med. Phila.*, 1922, p. 391-401.
- GIRODE. — Huit observations d'ulcère gastrique, duod. perf. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1923, p. 542.
- GOMEZ DE ROSAS. — Píloro gastrectomia for ulcera. *Rev. Med. Cubana, Hatana*, 1924, p. 722-727.
- GUILLEMEN et BESSET. — Cinq observations d'ulcères gastriques perforés. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1923, p. 1512-1520.
- GUILLEMENET et LATREILLE. — 44 cas d'ulcères gastriques, duod. perforés. *Journ. de Chir. de Paris*, mars 1929, p. 289.
- GUILLEMEN (A.). — Perforation d'ulcères d'estomac et interventions. *Paris Méd.*, 1923, p. 554-559.
- GRIMAULT. — Ulcère perforé juxta-pylor.; traitement par l'excision suivie de pyloro-plastie, à propos de 3 observations. *Rev. Chir. Paris*, 1922, p. 230-244.
- HABERER (Von H.). — Zur therapie akuter geschwürs perf. des magen u. duod. in die freie banchhöhle. *Wien klinwchs*, 1919, p. 143.
- HARTMANN. — Remarques sur la chirurgie de l'estomac. *Gaz. Méd. Paris*, 1902.
- Traitement des ulcères gastriques perforés. *Rev. Gén. Clin. et Thér. Paris*, 1926, p. 534.

- Deux cas d'ulcère gastrique perforé traités par excision. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1922.
- HOFMANN. — Bericht über 52 op. behandelte fälle von ulcus ventriculi. *Beitr. z. Klin. Chir. Tubing.*, 1906.
- HOUDARD. — *Société de Chirurgie*, 27 juin 1928.
- JUDD et RANKIN. — A tech for the resection of gastric and duod. ulc. *Surg. Gyn. et Obst.*, Chicago, 1923, p. 216-220.
- KOTT (Dantzig). — Traitement des perforations aiguës des ulcères gast. duod., 3 cas. *Fortschritte der Medizine*, nov. 1926, p. 185-187.
- KOTZAREFF. — Huit cas d'ulcère de l'estomac perforé. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1920, p. 1138-1145.
- KRAMER (H.). — Beitz. Pathol. u. ther der gutartigen pylorus stenosen. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1903, p. 289.
- KREUZER (F.). — Die chir. behand des neuen magengeschwürs u. s. polgezustande. *Klinik von Krönleim*, Zurich, 1887 à 1904. *Beit. z. Klin. Chir. Tubing.*, 1906, p. 380-579.
- KROGIUS. — Ein wort für die radicale operative Behand des chronischen magengeschwürs. *Arch. J. Klin. Chir.*, Berlin, 1904-5, p. 817-844.
- KROISS. — Zur frage der gastroenterostomie bei der op. des perf. ulcus ventriculi u. duod. *Beitr. z. Klin. Chir. Tubing.*, 1910, p. 509-548.
- KROMADA. — Gastrectomie dans les ulcères perforés estomac. *Weiner Med. Wochesch.*, 1921, n° 23.
- KUMMER. — Traitement de l'ulcère perforé en péritoine libre. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1923, p. 534.
- KUTTNER. — Bericht über 450, in dei gaben ansgeführte Magen op. *Thse. de gegenur.*, Berl., 1911, p. 19, et. *Berlin Klin. Woch.*, 1911, p. 48-273.
- LAMBOTTE (Eliot). — *Congrès de la Société Internat. de Chirurgie*, Bruxelles, 1906, p. 294.

- LARRIEU. — T. M. G. ulcéré et G. E. A. La perforation stomacale après G. E. A. *Bordeaux*, 1919-1920, n° 230.
- LECÈNE. — Thérapeutique chirurgicale de Lecène et Leriche, 1926, t. III.
- LERICHE. — *Rapport au Congrès Français de Chirurgie*, 1931.
- LEVEUF. — La perforation en péritoine libre des ulcères post-opératoires du jéjunum. *Revue de Chirurgie*, février 1927.
- MARTIN et DEROCHE. — Cinq cas d'ulcères gastriques perforés. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1922, p. 1460-1476.
- MATHIEU. — Sept obs. d'ulcus gastrique perf. *Ibid.*, Paris, 1924, p. 602-604.
- MAYER. — Ueber Dauererfolge in der Operativen Behandlung der gutartigen Magen-Erkrankungen. *Beit. Zu. Klin. Chir. Tubing.*, 1908-1909, p. 150-158.
- MILES. — Obser. of perf. ulcer. gast. and duod. 46 cas. *Edinburg. Med.*, 1906, p. 106-107 ; *Med. Press. et Circ.*, London, 1906.
- MILKO. — Gyomor és duodenalis fekéliek átfuródása a szabad hasürbe (Perf. d'ulcères gastro-duodénaux en pérít. libre). *Seheszet Budapest*, 195, p. 54-67.
- MONDOR et LAURET. — Les ulcères perforés du duodénum et de l'estomac. In *Collection de Méd. et Chir. Pratique*.
- MONPROFIT (c. p. Eliot). — *Arch. Prov. de Chirurgie*, 1907, p. 288 et 317.
- MOORE (S. B.). — Perforating gastric ulcer with report of cases. *Virginia M. Mouth, Richmond*, 1924-1925.
- MOYNIHAN. — a) On duodenal ulcer, with notes of 52 cases. *Lancet*, London, 1905, p. 351.
- MUHSAN. — a) Zur operation des perforierten Magengeschwür. *Deut. Med. Woch.*, Liège et Berlin, 1910, p. 1069-1075.

- MUNCH. — *Med. Woch.*, t. LXXI, n° 45, 7 nov. 1924, p. 576-771. *Journal de Chirurgie*, t. XXIII, p. 338, 1925.
- NOEHREN. — In *New-York Med. Journal*, 1922, volume CXV, n° 11.
- NOETZELL (W.). — Die Ergebruisse von 241 peritonitis opetationen. *Beit. z. Klin. Chir. Tubing.*, 1915, p. 241.
- PAPIN et DARAIGNEZ. — Cinq cas d'opér. urg. pour perf. ulcères de l'estomac. *J. Méd. Bordeaux*, 1925, p. 351-359.
- PECK (Ch.). — 1° Perforative lésions of the stomach. *Ann. Surg. Phila.*, 1907, p. 753-756.
2° Perforated gastric a duod. ulcer (8 cas). *Med. Rev. N. Y.*, 1907, p. 930-934.
- POLONY. — Rapport à la Soc. Nat. de Chir. In *Bull. Soc. Nat. Chir.*, 2 janv. 1929.
- POIX. — Contribution à l'étude des lésions gastriques dans les suites opératoires des ulc. gastr. duod. perforés. *Th. Lyon*, 12 nov. 1929.
- PERRIN. — Huit cas de perforation d'ulcères gastriques, duod. *Lyon Chir.*, 1925, p. 864.
— Résultats éloignés de la sut. des perf. des ulc. gast.-duod. *Ib.*, 1924, p. 499.
- PICOT (G.). — Ulcère peptique après gastro-entérostomie pour ulcère perforé. Gastrectomie étendue. Guérison. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 24 mars 1928.
- RICARD (A.). — De la gastro-entérostomie complémentaire dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Presse Médicale*, n° 64, du 10 août 1925.
- RIESE. — Ueber die Berechtigung des resektion bei perforierten magen u. duod. geschwür. *Arch. J. Klin. Chir., Berlin*, 1923, p. 327-343.

- ROOJEN (Van). — Résultats du traitement des perforations d'estomac (10 cas). *Nederl. Tydsche v. Geneesk. Haarlem*, p. 22-24, 1925.
- ROPKE. — Statistique des complications post-opératoires, 3 ulcère. *Deut. Med. Wxh.*, 1922, p. 48.
- SCHULZ (c. p. Eliot). — *Deuch. Zeit. f. Chir.*, 1907, p. 494.
- SILHOL. — Ulcère gastrique perforé en péritoine libre ; suture simple. Hémorragie foudroyante au cinquième jour (Rapport sur un travail de M. Bourde). *Arch. Franco-Belges de Chir.*, Bruxelles, 1924, p. 340-344.
- SUERMONDT. — Results of treatment of gastric ulcers perforated into the abdominal cavity. *Nederl. Tydschr. v. Geneesk. Haarlem*, p. 2722-32.
- SCHOEMAKER. — De gejeforende maagsweir. *Nederl. Tydschr. v. Geneesk.*, Amst., 1907, p. 1082-1115.
- SOULIGNOUX (c. p. Eliot). — *Bull. Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1909, p. 339.
- STEICHELE — Ueber das perforierte magen u. duod. geschwür, nach Erfahrungen an 53 fallen. *Arch. f. Klin. Chir. Berlin*, 1923, p. 630-651.
- STENBUCH. — Causes de décès post-opératoires pour ulcères perforés estomac et duodénum. *Annals of Surg.*, mai 1927, n° 5, p. 713-721.
- VAUTRIN (c. p. Eliot). — *Arch. Gén. Chir.*, 1910, n° 12.
- VILLARD et PINATELLE. — De la perforation des ulcères de la petite courbure. *Revue de Chirurgie*, 1904.
- WALLIS (c. p. Eliot). — *Lancet*, London, 1898, p. 1477.
- WHITE (c. p. Eliot). — *Lancet*, London, 1910, p. 268.
- WOLFSON et J. GRAY. — Brooklin, 27 cas d'ulc. perf. In *Ann. of Surg.*, 1929, n° 2.
- WOLFSOHN. — Sur les hémorragies secondaires après la gastro-entérostomie. *Zeuts. f. Chir. Leipzig*, n° 30, juillet 1926.
- WYMER. — Perf. d'ulc. après G. E. A. *Munich Med. Woch.*, t. LXXI, n° 45.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
<i>Chapitre I.</i> — Rappel des conditions étiologiques et anatomo-cliniques dans lesquelles se présentent les ulcères perforés	15
A. Données étiologiques	15
B. Données anatomo-pathologiques	21
C. Rappel clinique	27
OBSERVATIONS :	
Les cas suivis de mort	31
Les cas qui ont présenté des complications im- médiates ou proches	53
Les cas qui ont opératoirement bien guéri	77
<i>Chapitre III.</i> — Mortalité	131
<i>Chapitre IV.</i> — Complications secondaires	147
1. Incidents pulmonaires	148
2. Complications de suppurations localisées... .	151
3. Les fistules gastriques ou duodénales	155
4. Les hémorragies	156
5. Les occlusions post-opératoires	157
6. Les éventrations précoces	159
<i>Chapitre V.</i> — Résultats éloignés	161
1. Les malades restés cliniquement guéris	163
2. Les malades qui présentent des troubles éloi- gnés	171

<i>Chapitre VI. — Les conclusions thérapeutiques ..</i>	185
1. Le mode d'anesthésie	187
2. L'incision	189
3. Conduite générale à suivre pour l'opération proprement dite	190
4. Les indications de la gastropyloréctomie d'emblée et du simple tamponnement ..	199
CONCLUSION	203
BIBLIOGRAPHIE	209

